

1867-95036
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 octobre 1903, à 1 heure

PAR

René ONFRAY

Externe des hôpitaux et de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu
Médaille de bronze de l'Assistance publique

SÉMÉIOLOGIE

DES

INFILTRATIONS INTERSTITIELLES

DE

LA CORNÉE CHEZ L'ADULTE

Président : M. DE LA PERSONNE, Professeur.

POIRIER, Professeur.

Juges : MM.

FAURE, Agrégé.

DESGREZ, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 42, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1903

36861

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen
Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie organique et chimie minérale
 Histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Opérations et appareils
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie comparée et expérimentale

M. DEBOVE.
 MM.
 POIRIER.
 CH. RICHET.
 GABRIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD
 BOUCHARD.
 HUTINEL.
 BRISSAUD.
 LANNELONGUE.
 CORNIL.
 MATHIAS DUVAL
 BERGER.
 POUCHET.
 GILBERT.
 PROUST.
 BROUARDEL.
 DEJERINE
 CHANTEMESSE

Clinique médicale

Maladies des enfants
 Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique d'accouchements
 Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile

LANDOUZY
 HAYEM
 DIEULAFOY
 DEBOVE
 GRANCHER
 JOFFROY.
 GAUCHER
 RAYMOND
 TERRIER.
 DUPLAY.
 LE DENTU
 TILLAUX
 DE LAPERSONNE
 GUYON
 PINARD
 BUDIN
 POZZI.
 KIRMISSON

Aggrégés en exercice

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend en donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR ONFRAY-MÉTAIRIE

(1845-1893)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté
de médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Mon cher Maître,

Permettez-moi de vous dédier ce travail. Il a été fait d'après vos conseils ; s'il renferme, à côté d'une étude purement clinique un modeste essai d'interprétation pathogénique c'est que je me suis inspiré de votre méthode et de vos leçons.

Dans votre enseignement vous ne traitez pas seulement avec clarté et précision les questions d'ophtalmologie, mais, sans cesse, avec autant de bonheur dans l'expression que de force dans la pensée, vous essayez d'élever l'esprit de vos nombreux auditeurs jusqu'aux plus hautes conceptions de la pathologie générale.

De cet enseignement, tout ensemble savant et pratique, je profiterai longtemps encore puisque vous me faites la faveur de me garder dans votre service au nombre des élèves qui vous entourent plus immédiatement. De cela surtout je tiens à vous remercier très respectueusement et de tout cœur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAUFFARD

Professeur agrégé de la Faculté,
Médecin de l'hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Pendant les deux années que j'ai passées dans votre service si recherché, comme bénévole et comme externe, je n'ai pas seulement entendu vos leçons, si savantes et si régulières, j'ai de plus reçu de nombreuses marques de votre bienveillance, je ne l'oublie pas et vous prie d'agréer l'hommage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CAMPENON

Professeur agrégé de la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité,
Chevalier de la Légion d'honneur.

De vous, tout le monde sait que vous êtes un merveilleux clinicien et un maître remarquable, mais vos malades et vos élèves connaissent seuls la bonté de votre cœur, moi mieux que beaucoup d'autres, je tiens à vous exprimer publiquement ma respectueuse et reconnaissante affection.

A MONSIEUR LE D^r ROCHON-DUVIGNEAUD

Ophtalmologiste des Hôpitaux,

Hommage respectueux et reconnaissant.

C'est pour moi un devoir très agréable à remplir qu'exprimer à mes autres maîtres ma reconnaissance profonde.

A Messieurs les professeurs GUYON et LANDOUZY, dont j'ai été l'externe.

A Monsieur le professeur PINARD.

A Messieurs les professeurs agrégés QUÉNU, LEJARS, ALBARRAN et MARION.

A Monsieur le docteur JULES RENAULT, médecin des hôpitaux.

A Messieurs les docteurs COUVELAIRE, DELESTRE, GANDY, PASTEAU, SCRINI, chefs de cliniques de la Faculté.

A Monsieur le docteur HERBET, prosecteur des hôpitaux.

A Messieurs les docteurs MONTHUS, POULARD, GELLÉ, PLEY, OPIN et BOURDEAUX.

Monsieur le docteur AUBINEAU (de Brest), en me communiquant un grand nombre d'observations, m'a fait profiter de sa grande expérience clinique et beaucoup aidé dans la rédaction de ce travail, je le remercie très cordialement.

INTRODUCTION.

A propos de plusieurs malades qui se sont, depuis un an, présentés à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, mon maître, M. le Professeur de Lapersonne, m'a conseillé de tenter une étude des kératites interstitielles chez les adultes.

C'est cette étude principalement fondée sur 13 observations personnelles, prises complètement que j'intitule :

« Séméiologie des infiltrations interstitielles de la cornée chez l'adulte. »

Ce titre a l'inconvénient d'être trop long, mais il a l'avantage de poser nettement la question d'étiologie.

On admet, généralement, aujourd'hui, que la kératite dite hérédosyphilitique n'est que l'une des variétés de kératite interstitielle. L'infiltration parenchymateuse de la cornée semble un processus de réaction à des états

toxi-infectieux nombreux et différents : on la doit donc considérer comme un syndrome, et non comme une entité morbide ; il est légitime de traiter en pathologie oculaire la question des kératites interstitielles comme l'on traite, par exemple, celle des Ictères, ou des Ascites, en pathologie hépatique. Cette méthode a, du reste, l'avantage de poser sans le résoudre d'une façon hâtive et superficielle, l'obscur problème étiologique que soulève l'étude des kératites parenchymateuses.

En pratique, ce n'est parfois, qu'après avoir longuement soigné un malade que le médecin émet un avis, d'ailleurs hypothétique, sur la « nature » de l'affection cornéenne.

En théorie, une classification définitive des kératites interstitielles est impossible dans l'état actuel de nos connaissances, puisqu'elle manquerait du fondement indispensable des classifications vraiment scientifiques : la notion pathogénique.

Les mémorables travaux d'Hutchinson, qui, en 1857, décrit la kératite hérédosyphilitique, ceux de Panas, qui, depuis 1871, reconnaît la pluralité des causes de kératites interstitielle et de « dystrophie cornéenne », tant d'autres publications, que j'aurai l'occasion de citer, n'ont pas encore éclairci la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Un vaste champ reste ouvert aux chercheurs dans le domaine de l'expérimentation et dans le domaine clinique.

Ce sont des faits cliniques que je rapporte dans ce modeste travail.

1°) A quels âges et dans quelles circonstances les

adultes peuvent-ils être atteints d'infiltration interstitielle de la cornée ?

2°) Quelles sont la symptomatologie et l'évolution de ce syndrome ?

En existe-il chez l'adulte plusieurs variétés cliniques ?

3° Avec quelles affections oculaires cette infiltration cornéenne peut-elle être confondue ? et surtout comment en établir le diagnostic étiologique ?

Voilà ce que je me propose de rechercher dans une première partie purement clinique.

Dans une seconde partie, très courte, j'essaierai, en m'appuyant sur les faits observés et sur les notions aujourd'hui acquises de la pathologie, d'expliquer la production de l'infiltration interstitielle de la cornée, processus qui intéresse non-seulement l'ophtalmologiste, mais encore le médecin, puisqu'il ne paraît être, dans la majorité des cas, qu'une manifestation locale d'états morbides généraux.

CHAPITRE PREMIER

Commémoratifs

Avant de se laisser examiner, ou même interroger, le malade donne, presque toujours, spontanément, au médecin, des renseignements sur son âge, sa santé et sur les circonstances physiologiques ou pathologiques qui ont précédé l'apparition de l'affection oculaire.

Ce sera donc suivre rigoureusement la marche d'un examen clinique que noter d'abord certains points d'étiologie, à propos desquels le malade donne trop souvent de longs détails. Je me réserve, d'ailleurs, de discuter complètement l'étiologie du syndrome « Infiltration interstitielle de la cornée » au moment du diagnostic causal : je n'indiquerai ici que les commémoratifs.

SEXE

Parmi les adultes, les femmes sont plus souvent que les hommes atteintes d'infiltration interstitielle de la

cornée. Sur 70 adultes porteurs de kératites parenchymateuses diverses, qui se sont, en quatre ans, présentés à l'Hôtel-Dieu, il y avait 24 hommes et 46 femmes. Ce sont surtout des femmes que j'ai eu l'occasion d'observer en 1903, et parmi les observations rapportées à la fin de ce travail, il n'y en a eu que 11 d'hommes sur 43.

On retrouve donc, dans l'âge mur, la prédisposition spéciale du sexe féminin, admise par la plupart des auteurs qui ont étudié la kératite parenchymateuse des adolescents.

Le fait est même particulièrement intéressant en ce qui concerne la kératite dans la syphilis acquise. Sur 11 malades, dont Trousseau (1) rapportait l'observation, en 1895, il y avait seulement 3 hommes. Sur 10 malades, dont je donne plus loin les histoires cliniques ou résumées, il n'y a que deux hommes, un vieux matelot, dont je dois l'observation à l'obligeance de M. Aubineau et un malade de M. Poulard (Obs. XIII et XVI).

AGE

L'infiltration interstitielle de la cornée est un syndrome qui peut se rencontrer à tout âge. Il pourrait se développer au cours de la vie intra-utérine, et Sulzer (2) l'a observé chez une vieille femme de 89 ans, atteinte de zona (voir obs. XLI). Ne l'étudiant que chez les adultes,

(1) Trousseau, *Annal. d'ocul.*, t. CXIX, p. 206.

(2) Sulzer, *Annal. d'ocul.*, t. CXIX, p. 413.

j'ai consigné un peu arbitrairement, dans cette thèse, les cas de malades de dix-huit ans et plus.

Après trente ans, les kératites parenchymateuses deviennent rares ; exceptionnelles après cinquante ans. Il y a dans la thèse de Dumont (1) le cas d'un homme de soixante ans. On trouvera plus loin de nombreux exemples de kératites interstitielles diverses chez les adultes. La fréquence n'en diminue pas moins avec l'âge, la variété la plus commune ne porte-t-elle pas le nom de kératite des adolescents ?

Parmi les statistiques publiées, celle de Haltenhoff, pour ne citer que celle-là, porte sur 72 cas, dont 5 seulement chez des gens de plus de 25 ans.

M. Aubineau a rencontré, en 5 ans, à Brest, 24 malades âgés de plus de 20 ans, sur un total de 78 kératites parenchymateuses. Sur les registres de l'Hôtel-Dieu j'ai sur un total de 70 cas analogues; relevé.

10 malades âgés de 18 à 20 ans,			
31	—	—	20 à 25 —
12	—	—	25 à 30 —
12	—	—	30 à 40 —
4	—	—	40 à 50 —
1	—	—	plus de 50 ans.

ÉTAT SOCIAL, PROFESSION.

Tous les malades que j'ai vus étaient des ouvriers, mais je n'ai constaté chez aucun un état appréciable de misère

(1) Dumont, *Thèse* de Toulouse, 1897.

physiologique, pas plus que je n'ai remarqué de prédispositions professionnelles.

ÉTAT DE LA RÉFRACTION

Comme on en pourra juger à la lecture des observations, je n'ai pas trouvé d'amétropies considérables. Les légères myopies ou les faibles astigmatismes signalés plus loin ne permettent pas de faire jouer un rôle quelconque aux vices de réfraction dans l'étiologie des infiltrations parenchymateuses de la cornée.

MENSTRUATION, GROSSESSE, ALLAITEMENT.

Les relations obscures, mais depuis longtemps connues, qui unissent les troubles oculaires et les incidents de la vie génitale de la femme, ont été l'objet de nombreux travaux. Sans discuter ici les explications diverses que Oursel (1), Puech (2), Gendrin (3), Janot (4), Kœnig (5), Mooren (6), Pignod (7), et plus récemment Roques (8),

(1) Haltenhoff. *Congrès, d'ophtalm.*, 1887, in *Archiv. d'opht.*, VII, p. 250.

(1) Oursel. *Th.* Paris, 1885.

(2) Puech. *Arch. d'opht.*, IX, 1889.

(3) Gendrin. *Th.*, Paris, 1890.

(4) Janot. *Th.*, Montpellier, 1892.

(5) Kœnig. *Congr. français, d'opht.*, 1897.

(6) Mooren. *Arch. f. Augenheilk.*, 8 août 1881.

(7) Pignod. *Th.*, Lyon, 1900.

(8) Roques. *Th.*, Bordeaux 1902.

ont donné de ces faits, on doit seulement retenir leurs observations.

Alors que, d'une façon générale, l'établissement d'une menstruation régulière a plutôt une influence favorable sur les kératites des jeunes filles, la dysménorrhée en favorise chez la femme l'apparition et les inflammations cornéennes figurent parmi les troubles de la ménopause. Une malade de l'Hôtel-Dieu, que j'ai vue avec M. Monthus, avait une kératite complète, vascularisée et elle disait, très nettement, que les accidents oculaires s'étaient produits quand avaient cessé les règles.

Dans le même ordre d'idées, mon maître, M. Rochon-Duvigneaud, a observé un homme d'une cinquantaine d'années, porteur d'une kératite interstitielle, circonscrite, unilatérale, et qui racontait que le début de l'affection cornéenne avait coïncidé avec la suppression d'un flux hémorroïdaire.

Grossesse. — Desvaux (1) rapporte, dans sa thèse, l'observation d'une malade de 23 ans, qui, au septième mois d'une seconde grossesse, fut prise d'une double kératite parenchymateuse. L'accouchement eut lieu à terme et la kératite ne s'améliora que lentement.

Allaitement. — De ce fait, il est intéressant de rapprocher l'histoire de deux malades chez lesquelles j'ai trouvé le syndrome infiltration cornéenne au cours de l'allaitement.

La première, après une grossesse normale, fait une

(1) Desvaux. Etiol. de la kérat. parench. *Th.*, Paris, 1898.

fausse couche de 7 mois, suivie de l'apparition d'une kératite parenchymateuse droite, diagnostiquée par un oculiste et assez rapidement améliorée, sinon guérie. La grossesse suivante se termine normalement mais, pendant la lactation, la kératite apparut de nouveau (Obs. XVIII).

La seconde malade était une nourrice sur lieu, mère de deux enfants bien portants ; elle avait été trouvée robuste et en parfaite santé par plusieurs médecins qui l'avaient placée chez des gens riches, quand, au cours de l'allaitement mercenaire, apparait une kératite interstitielle unilatérale typique (Obs. XXXVIII).

Tous ces faits méritent d'être analysés, je les discuterai dans la seconde partie de ce travail.

TRAUMATISME

C'est parfois à l'occasion d'un léger traumatisme cornéen que l'on rencontre l'infiltration interstitielle.

Je dois à M. le professeur de Lapersonne l'observation XXXV d'une jeune fille, qui reçut un petit corps étranger sur la cornée gauche et la légère ulcération consécutive fut le point de départ d'une infiltration parenchymateuse, circonscrite, tenace, et dont l'étiologie resta mal définie.

Valude (1) a signalé un cas analogue. Un jeune homme de 18 ans, hérédo-syphilitique, n'avait jamais eu d'accidents jusqu'au jour où une érosion légère de la cornée par un grain de sable fut l'occasion d'une kératite interstitielle

(1) Valude. *France médicale*, 20 mars 1891.

typique. Le malade de mon observation XXI eut une conjonctivite déterminée par un corps étranger de l'œil droit et la kératite du côté gauche débuta presque immédiatement après. Il n'y a sans doute qu'une simple coïncidence.

C'est également comme une simple coïncidence qu'il convient, selon beaucoup d'auteurs, de considérer le cas d'Armaignac (1). Un homme de 34 ans a un traumatisme cornéen par éclat de fer, il guérit un mois après infiltration parenchymateuse de l'œil du côté opposé.

NÉVRALGIES

On a signalé des cas assez nombreux, mais mal expliqués, dans lesquels la kératite interstitielle coïncide avec une névrite ou avec une névralgie. Sulzer (2), Morax (3), Koster (4), Terrien (5) ont récemment publié des cas bien observés de kératites interstitielles, sans lésions épithéliales survenues dans le cours d'un zona ophtalmique ou le précédant (Terrien).

La concomitance des névralgies et d'une infiltration cornéenne a également été notée par de nombreux observateurs, entre autres Galezowski (6), Chibret (7), Despa-

(1) Armaignac. *Soc. méd. clin. de Bordeaux*, octobre 1896.

(2) Sulzer. *Loc. cit.*

(3) Morax. *Idem*, cité par Sulzer.

(4) Koster. *Annal. d'ocul.*, 1900.

(5) Terrien. *Archiv. d'opht.*, XX, 1900, p. 451.

(6) Galezowski. *Rec. d'opht.*, cf. *Thèse* de Desvaux.

(7) Chibret. *Arch. d'opht.*, 1889, p. 420.

gnet (1). Certains malades ont des kératites parenchymateuses, ils ont aussi une carie dentaire douloureuse. L'extraction des dents malades est suivie de la guérison de l'affection oculaire. De quelque façon qu'on l'explique, le fait se voit, M. Aubineau m'a communiqué deux cas de ce genre qu'on pourra lire plus loin.

On doit rapprocher de ces faits l'observation de Kalt (2), qui constate de l'irrido-kératite avec infiltration légère de la cornée à la suite de névralgies violentes de la V^e paire, chez une femme de 66 ans. Cette irrido-kératite guérit complètement, mais on en ignore toujours l'étiologie.

Enfin je dois mentionner ces cas que l'on a décrits sous le nom de kératites sympathiques et dont Galezowski (3) et Jocqs (4) ont rapporté des exemples.

Il s'agit de sujets âgés, porteurs d'un vieil œil atrophié. Ce moignon devient douloureux, alors du côté sain se développe une infiltration cornéenne qui guérit après une énucléation du moignon. On attribue ces faits à la névrite ciliaire.

Tous ces phénomènes douloureux témoignent le plus souvent de l'existence de névrites et une même cause produit tout ensemble l'inflammation des nerfs et l'infiltration de la cornée.

(1) Despagnet. *Rec. d'opht.*

(2) Kalt. *Annal. d'ocul.*, cxxvi, 1901, p. 267.

(3) Galezowski. *Loc. cit.*

(4) Jocqs. *Soc. d'opht.*, 5 mars 1895.

MALADIES GÉNÉRALES

C'est à propos des maladies générales que le problème pathogénique se trouve posé.

Quel que soit le rôle joué par les infections ou les troubles de la nutrition dans l'étiologie des kératites interstitielles, on sait, cliniquement, que l'infiltration parenchymateuse de la cornée s'observe surtout chez les syphilitiques héréditaires ou non ; chez les lépreux, chez des tuberculeux, plus rarement des rhumatisants, des paludéens, après les maladies utérines, la blennorrhagie, l'influenza, les oreillons.

Il y a des malades dans les antécédents desquels on ne retrouve aucun fait pathologique digne d'attention.

L'observation IX de la thèse de Desvaux en est un exemple ; deux des malades de M. Aubineau (Obs. XXXIX et XL) n'avaient rien qui pût expliquer la forme grave sclérosante de leur affection cornéenne.

Enfin, une des malades (Obs. XXXVI) que j'ai examinées à maintes reprises et très soigneusement, même depuis sa guérison, a toutes les apparences d'une santé générale parfaite et d'un tempérament robuste.

•

CHAPITRE II

Symptômes

On est obligé de diviser l'évolution des kératites interstitielles en trois périodes : d'infiltration, de vascularisation et de résorption. Cette division est trop schématique, car, en clinique, les trois périodes sont plus ou moins confondues.

Dans la plupart des cas, l'infiltration s'étend encore dans l'épaisseur de la cornée, alors que des vaisseaux y sont déjà bien développés. « On dirait, écrit Fuchs, que les vaisseaux poussent l'opacité devant eux. » C'est là un fait très général et les observations XVIII et XXXVI de cette thèse le montrent clairement.

La vascularisation manque parfois, ou tout au moins il est des kératites interstitielles (celles de la syphilis acquise, par exemple) dans lesquelles les néoformations vasculaires ne sont visibles qu'avec un fort grossissement et après un minutieux examen.

La résorption des éléments infiltrés peut enfin être incomplète et la cornée, chez certains malades, reste plus ou moins opacifiée d'une façon définitive.

Les processus histologiques d'infiltration, de vascularisation et de résorption, si importants qu'ils soient, ne sont donc pas tous absolument constants, ils se combinent, d'ailleurs, plutôt qu'ils ne se succèdent, ils ne peuvent donc pas servir à caractériser les phases des kératites interstitielles.

Ces réserves faites, il n'en est pas moins utile, pour la clarté de la description, de diviser en trois parties l'étude du syndrome : « Infiltration interstitielle de la cornée chez les adultes ». J'en étudierai donc successivement les symptômes fonctionnels et les symptômes physiques à trois Périodes.

1^o Période de début :

2^o Période d'état :

3^o Période de régression :

I. — Période de début

(ou d'opacification des auteurs)

L'infiltration parenchymateuse de la cornée, quelle que soit sa cause, débute le plus souvent d'une façon lente et insidieuse.

Ce qui frappe généralement un adulte qui s'observe, c'est que la vue de l'un de ses yeux se voile : parfois, il ressent une légère gêne ; en même temps son œil rougit

légèrement, mais parce que les signes objectifs s'installent doucement et parce que les troubles fonctionnels sont peu marqués, le médecin n'est pas souvent appelé à faire un examen très précoce ; quand il voit le malade, le tableau clinique de la période dite d'opacification est complet.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

La *douleur* est variable ; le plus souvent légère, insignifiante même, c'est une simple sensation de gêne, de pesanteur ; quoiqu'il n'y ait pas de conjonctivite, certaines personnes éprouvent la désagréable sensation « du grain de sable dans l'œil ». Plusieurs de mes malades ont même cherché à se faire enlever ce faux corps étranger.

Il est possible que la douleur soit violente, avec élanchements dans l'orbite, irradiations sus et sous-orbitaires, exacerbations nocturnes, ou dans la position déclive de la tête, mais le fait est rare, il résulte d'une participation précoce du tractus uvéal à l'inflammation. La malade XXXVI en est un exemple.

La *Photophobie* est généralement très peu marquée à cette période elle ne s'accompagne pas de Blépharospasme.

Le *Larmoïement* n'est pas abondant.

En somme, comme la douleur, la photophobie et le larmoïement n'acquièrent une véritable intensité que dans les cas où la maladie revêt, dès le début, suivant l'heureuse

expression d'Albert Terson, ses caractères de véritable « segmentite antérieure » Dans la grande majorité des cas, les troubles imitatifs ne sont pas si précoces et chez les adultes ils m'ont paru manquer le plus souvent, être légers quand ils apparaissent à cette période.

La diminution de l'acuité visuelle est au contraire constante. Elle est unilatérale, progressive et considérable, au point que le malade ne voit plus les objets qu'à travers un brouillard, pour ne bientôt plus distinguer que des ombres. C'est ce qui gênait grandement toutes les personnes que j'ai observées, même celles qui avaient une kératite légère, ou circonscrite, et dont on aurait pu croire qu'elles avaient conservé une acuité suffisante. Les opacifications cornéennes, qui donnent au syndrome tout son cachet, suffisent cependant à expliquer cette diminution d'acuité visuelle.

SYMPTOMES PHYSIQUES

Comme dans tout examen oculaire, il faut s'aider de l'éclairage oblique ; jamais il n'est plus nécessaire que dans le cas d'infiltrations parenchymateuses de la cornée.

La conjonctive : n'est généralement que peu modifiée ; on voit seulement quelques gros vaisseaux superficiels, gorgés de sang, qui m'ont paru se diriger toujours vers la portion de la cornée primitivement infiltrée. Leur présence est constante.

Dans la grande majorité de ces cas, il n'existe pas, à proprement parler, de rougeur conjonctivale.

Exceptionnellement, la conjonctive est en un ou plusieurs points très injectée, soulevée par une saillie aplatie, du volume d'une lentille, située à quelques millimètres du limbe, saillie violacée, dure et sensible à la pression. Il s'agit d'épiscélérîte dont la concomitance avec l'opacification cornéenne peut revêtir diverses modalités cliniques, que j'aurai plus loin l'occasion de signaler.

L'injection périkératique m'a paru constante, même au début de l'affection ; il est vrai qu'elle est souvent alors peu marquée, constituée par un liseré violet pâle ou rosé, qui n'est pas à cette période également net sur toute la périphérie du limbe ; il n'y a parfois qu'un demi-anneau bordant les parties les plus infiltrées de la cornée.

Cet anneau, complet ou incomplet, examiné à la loupe, paraît constitué par de fins vaisseaux radiés et serrés les uns contre les autres.

Cornée.

Épithélium : L'épithélium n'est pas ulcéré, il est encore lisse et miroitant dans la plus grande partie de son étendue ; en certains points, il présente de petites saillies très fines, qui lui donnent un aspect chagriné.

Infiltration interstitielle. — Cette infiltration est la caractéristique même du syndrome ; elle doit donc être étudiée avec soin ; j'envisagerai successivement : 1° son développement et sa distribution ; 2° sa constitution ; 3° sa coloration ; 4° son évolution.

Distribution. — Trois cas peuvent se présenter ;

a) L'opacification commence à la partie centrale de la cornée pour s'étendre excentriquement et progresser vers le limbe, comme on l'a noté dans les observations VIII, IX, etc.

b) L'opacification commence à la périphérie, constituant d'abord une kératite localisée, qui dessine parfois un triangle à base limbique à sommet central (obs. XXXVI) et parfois une sorte de croissant n'occupant pas le centre (obs. XVIII).

c) Observation XXXVIII : Quelquefois il existe deux croissants, l'un supérieur et l'autre inférieur, allant à la rencontre l'un de l'autre, et laissant d'une part le centre plus transparent, et d'autre part séparés du limbe par une zone claire. Il s'agit là d'une ébauche de cette forme que Vossius (1) a décrite sous le nom de kératite annulaire centrale.

D'après Fuchs (2), il ne faut pas confondre cette kératite annulaire avec une autre variété plus fréquente, kératite discoïde, dans laquelle le centre de la cornée n'est pas respecté, mais paraît très opalescent.

Tant que l'hypothèse de Fuchs, qui fait de la kératite discoïde une véritable entité morbide, consécutive à une ulcération de l'épithélium et due à une infection d'origine externe, n'aura pas été vérifiée, cette distinction paraît subtile et la confusion est facile entre les deux formes, c'est ainsi que Pfister (3) les a confondues.

Il semble logique de penser qu'un envahissement régu-

(1) Vossius, *Berlin. Klin. Wochenschr.*, n° 43, 1885.

(2) Fuchs, *Klin. monatsbl. für Augenheilk.*, juillet 1901, p. 513.

(3) Pfister, *Klin. Mon. für Augenheilk.*, mars 1900.

lièrement centripète de la cornée, associé peut-être à une disposition particulière des espaces lymphatiques, suffit à expliquer ces formes d'opacité. D'autres faits cliniques montrent, du reste, que la nutrition et la circulation sont moins actives dans la partie annulaire que dans le centre et à la périphérie de la cornée. Pincus (1) rapporte qu'un blessé eut, à la suite d'une contusion du globe oculaire, un hyphéma considérable ; trois jours après la cornée était infiltrée de sang dans toute son étendue, l'éclaircissement se fit rapidement, sauf au niveau d'un anneau complet jauné verdâtre, qui persista longtemps.

Quel que soit son mode de production, la forme annulaire de Vossius avec sa transparence relative à la fois périphérique, et centrale n'existerait, d'après Pankstat (2), que dans 0,13 0/0 des cas : il m'a semblé, au contraire, qu'elle existait, tout au moins à l'état d'ébauche et pendant une période transitoire, chez un assez grand nombre de malades.

Constitution. L'éclairage oblique montre que les opacités sont généralement formées de petits îlots confluent, séparés par des espaces plus clairs. On voit parfois plusieurs taches volumineuses, d'aspect uniforme, de la dimension d'un grain de mil. à bords flous et mal limités.

Dans quelques cas il existe une sorte de fine striation et on aperçoit des rayons centrifuges alternativement grisâtres et transparents. La malade de mon observa-

(1) Pincus. Assoc. scientif. des méd. de Posen. *Ann. ocul.* CXVII, p. 393.

(2) Pankstat. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, décembre 1901.

tion XXXVII avait, très nettement, à un certain moment, un anneau cornéen à striation radiée. Cette disposition doit être rapprochée de celle de la kératite striée traumatique que l'on observe parfois après des incisions de la cornée, surtout après l'opération de la cataracte, dans les cas où l'expulsion du cristallin a été difficile et où les lèvres de la plaie sont quelque peu contuses. Fuchs (2) la décrit ainsi : « Dans les vingt-quatre premières heures, on voit survenir dans la cornée des stries grises, qui partent de la plaie, s'étendent quelquefois jusqu'au bord opposé de la cornée et sont toujours perpendiculaires à la direction de l'incision. »

Dans la kératite striée traumatique il ne s'agit pas d'infiltration cellulaire mais d'une dilatation des espaces lymphatiques remplis de sérosité, ainsi que l'ont montré Becker, Laqueur, Recklinghausen. Les stries dessinent la disposition propre des espaces lymphatiques, qui suivent la direction des fibrilles cornéennes. La même explication est sans doute applicable aux cas qui nous occupent ; tout aussi bien qu'une infiltration séreuse, une infiltration leucocytaire peut produire la striation sans qu'il soit nécessaire d'admettre, avec Hess, un plissement de la membrane de Descemet.

En résumé, on trouve trois aspects différents de la cornée. Opacité diffuse granuleuse ; îlots et striation.

Coloration. La coloration générale de l'opacification est d'un gris bleuâtre ; les îlots et les stries sont plus

(1) Fuchs. *Man. d'opht.* (trad. Lacompte et Leplat, 2^e édit., p. 212.

blancs, ils ont, dans quelques cas, des reflets jaunâtres.

Evolution. Les dispositions que j'ai décrites et la situation des ilots ou des stries opaques sont extrêmement variables ; il n'est pas rare de voir la cornée changer d'aspect d'un jour à l'autre. J'ai souvent constaté le fait chez mes malades. L'aboutissant du processus est une infiltration irrégulière, diffuse de toute la cornée. Je n'ai jamais observé cependant chez les adultes, même chez les hérédosyphilitiques, cet aspect porcelainique, uniforme, mat et grisâtre des kératites parenchymateuses de l'adolescence.

Sensibilité. Quand on touche la cornée avec un petit bout de papier on provoque, normalement, un clignement réflexe de défense des paupières. J'ai, chez mes malades, exploré de la sorte, la sensibilité ; j'ai trouvé, chez les adultes, une légère diminution de cette sensibilité mais pas d'anesthésie vraie. Je n'ai pas noté, non plus, de rapport entre le degré d'insensibilité et l'épaisseur de l'opacification. Gandar (1), écrivait dans sa thèse : l'exquise sensibilité de la cornée n'est pas altérée.

Golesceano (2), au contraire, qui a fait une étude très minutieuse de la sensibilité cornéenne, dans 29 cas de kératite parenchymateuse, a trouvé des zones d'anesthésie assez bien limitées et dont la situation était des plus variables, occupant tantôt une moitié de la cornée, tantôt

(1) Gandar. *Th.*, Lyon, 1893-1894.

(2) Golesceano. Soc. franc. d'opht., Congrès de 1903.

son centre ; parfois une partie médiane sensible et bordée par deux zones supérieures et inférieures d'anesthésie. Je n'ai pas obtenu de résultats aussi précis.

Iris. L'iris, est le plus souvent difficile à examiner ; on ne voit à travers la cornée infiltrée ni sa coloration, ni la finesse de son dessin, mais on peut constater si la pupille se dilate ou non sous l'influence de l'atropine. Deux cas peuvent se présenter, où la dilatation se fait complètement, quoique lentement, où il existe des synéchies. Quelle que soit l'opinion que l'on a théoriquement sur la possibilité d'une kératite parenchymateuse primitive, on doit reconnaître qu'il existe cliniquement, deux catégories de faits suivant que la réaction du tractus uvéal est légère ou violente.

Fond d'œil inexplorable.

Le Tonus m'a semblé normal à cette période.

Œil du côté opposé. Comme on le verra plus loin, la kératite interstitielle reste le plus souvent unilatérale chez les adultes. Même lorsqu'il s'agit d'hérédosyphilitiques, dont les deux yeux sont pris, l'envahissement de la seconde cornée ne se fait que quelques semaines plus tard ; il est donc toujours possible d'examiner le fond du deuxième œil à l'ophthalmoscope. Cet examen a comme nous le verrons, une grande importance, au point de vue du diagnostic étiologique.

II. — Période d'état

(ou de vascularisation des auteurs.)

A quelque moment qu'elle commence, qu'elle soit légère ou très marquée, la vascularisation se traduit par des troubles irritatifs et par une modification d'aspect de la cornée.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

La *douleur* existe, à cette période, d'une façon beaucoup plus constante qu'au début. Elle est constituée le plus souvent par une sensation de pesanteur et de chaleur dans l'œil, rarement des élancements violents, surtout nocturnes, prouvent l'existence d'une grave segmentite antérieure.

La *Photophobie* et le *larmolement* ne manquent jamais, mais ils ne sont pas considérables et ne m'ont pas semblé chez l'adulte s'accompagner de Blépharospasme.

La *diminution de l'acuité visuelle*, atteint alors son maximum, mais je ne crois pas qu'elle existe chez l'adulte au même degré que chez les adolescents et tous mes malades pouvaient au moins compter les doigts.

SYMPTOMES PHYSIQUES.

La *conjonctive* est à ce moment rouge, sillonnée par de gros vaisseaux plus ou moins nombreux. Je n'ai pas

observé chez l'adulte de chemosis, de gonflement des paupières, ni de rhagades à l'angle externe de l'œil.

L'Injection Périskératique, formée par un cercle violacé encadre toute la cornée.

Cornée.

L'Épithélium n'a plus un aspect luisant, mais paraît comme piqué à l'aiguille par suite de la chute de certaines cellules.

L'Infiltration interstitielle, diffuse, irrégulière, est envahie par les vaisseaux qu'il faut étudier à la loupe.

La Vascularisation, est superficielle ou profonde.

a) *Vaisseaux sous-épithéliaux*. Ils sont en général peu nombreux, isolés, présentent de courtes, nombreuses et sinueuses ramifications, dessinant une ou plusieurs petites taches rouges à la surface de la cornée. « Ils proviennent visiblement, dit Fuchs (1) du réseau péricornéen ou d'un gros vaisseau de la conjonctive. »

Je les ai bien vus chez plusieurs malades (Obs. XVIII, XXXVI). A leur niveau l'épithélium était parfaitement intact.

b) *Vaisseaux lamellaires*. Augustein (2) appelle ainsi les vaisseaux profonds qui occupent l'épaisseur de la cornée. Leur existence prouve, selon lui, la participation de l'uvéa au processus pathologique. Quoiqu'il en soit de cette opinion, ces vaisseaux sont beaucoup plus constants, plus importants que les précédents.

(1) Fuchs. *Man. d'opht.* trad. cit. p. 206.

(2) Augustein. *Zeitschr. für Augenheilk.*, sept-oct., 1902, p. 317-454.

On voit au début, en arrière du limbe, en un point plus ou moins limité, une sorte de liseré rose qui, examiné à la loupe, paraît formé de stries radiées, parallèles (Obs. XXXVI). ce sont les prolongements en cul de sac du réseau vasculaire sous-limbique qui commencent à se développer, sous l'influence de l'inflammation.

Parmi ces vaisseaux, les plus superficiels sont plus rouges et progressent peu ; les plus profonds, au contraire, s'avancent vers le centre de la cornée, mais sans l'atteindre ni le dépasser. Ils sont pareils à des fils ténus, rouge-grisâtre à ramifications peu nombreuses, parallèles, longues, affectant la disposition dite « en balai ».

Quand on se sert de la loupe, quand on congestionne l'œil en prolongeant un peu l'examen, comme le conseille Hirschberg, il est rare qu'on ne constate pas une vascularisation plus ou moins prononcée. Je n'ai pourtant jamais vu chez l'adulte une cornée présentant un aspect hémorrhagique pareil à ce lambeau d'étoffe rouge que l'on observe parfois dans les kératites parenchymateuses de l'adolescence. Il est même des cas où l'on aperçoit seulement deux ou trois vaisseaux étroits, dépourvus de ramifications, et allant du limbe à la région para-centrale.

Ici, comme toujours, d'ailleurs, la vascularisation est d'un bon pronostic.

Iris. Quand l'opacification cornéenne n'est pas très complète il est possible d'examiner l'iris, même quand il n'existe pas de synéchies, la dilatation par l'atropine se fait lentement, pour deux raisons : l'inflammation cons-

tante de l'uxée et la lenteur de pénétration du collyre à travers la cornée enflammée.

La chambre antérieure est augmentée de profondeur (ce que l'on ne doit pas attribuer, dit Fuchs, à une ectasie cornéenne assez rare, mais plutôt à un refoulement de l'iris par l'humeur aqueuse produite en plus grande quantité par suite de l'irritation inflammatoire de cet organe). Le fait était très évident chez une malade dont la cornée partiellement transparente laissait voir l'iris (Obs. XXXVI).

Fond d'œil est plus que jamais inexorable.

Le tonus peut encore être normal, rarement il est augmenté, c'est qu'il existe alors de la choroïdite et de l'iritis séreuse (Obs. XX).

Le plus souvent, il y a une diminution de la tension oculaire; l'œil de plusieurs malades m'a paru mou mais je n'ai jamais observé cette hypotonie considérable qui a pu, dans certains cas, faire songer à un commencement d'atrophie du globe.

Muetze (1) rapporte le cas d'une malade de 28 ans, nettement hérédosyphilitique, qui avait une double kératite parenchymateuse, avec synéchies postérieures. Au cours de la période de vascularisation, qui fut très longue, il y eut une diminution considérable du tonus (T. = — 3), avec diminution de volume du globe et plissement de la cornée. Cette hypotonie ne fut que temporaire et la malade, revue dix mois plus tard, avait un œil de tension et de dimensions normales, cependant la

(1) Muetze. *Arch. of. ophtal.*, vol. xxvi, n° 2.

cornée était encore trouble et l'auteur ne dit pas si la guérison fut complète. Klein avait, il est vrai, observé autrefois un cas semblable avec éclaircissement total et définitif.

Ces variations du tonus prouvent l'existence de l'uvéite.

Œil du côté opposé. Je tiens à faire remarquer de nouveau l'intégrité de l'œil du côté opposé, l'unilatéralité de l'affection me paraissant, sauf le cas d'hérédosyphilis, une des caractéristiques de la kératite interstitielle des adultes ; chez les adolescents, au contraire, à l'époque de la vascularisation les deux yeux sont pris.

L'état général des malades est encore bon, cependant les souffrances de cette période quoique légères et la prolongation de l'affection avaient amené chez plusieurs femmes que j'ai vues, un état assez marqué de neurasthénie.

III. — Période terminale

(ou de résolution des auteurs).

Le début de cette période est difficile à préciser, la résorption des opacités est le plus souvent interrompue par de nouvelles poussées ; celles-ci surviennent chez les femmes de préférence au moment des règles. Toutes les malades, dont l'histoire est rapportée plus loin, m'ont fait remarquer cette particularité ; elle était très frappante dans l'Observation XXXVII. Après ces recrudescences, l'amélioration est notable, elle est toujours marquée par une diminution des troubles fonctionnels.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

La *douleur*, la *photophobie* et le *larmolement* diminuent rapidement et disparaissent. L'accalmie de ces phénomènes irritatifs est toujours en rapport avec l'arrêt des néoformations vasculaires d'une part, et l'éclaircissement de la cornée d'autre part.

L'*acuité visuelle* se relève progressivement, mais toujours lentement, elle redevient chiffrable, à moins que n'existent ces lésions graves du tractus uvéal, dont j'ai déjà parlé à plusieurs reprises, lésions qui peuvent aboutir à la séclusion ou à l'occlusion de la pupille.

SYMPTOMES PHYSIQUES

La *conjonctive* a repris sa couleur normale, on ne remarque plus les gros vaisseaux qui la sillonnaient.

L'*injection perikératique* disparaît.

Cornée.

L'*épithélium* redevient miroitant et je n'ai jamais observé d'ulcération.

L'*infiltration interstitielle* commence à s'éclaircir dans la partie de la cornée plus tardivement envahie, et du côté opposé à celui où les vaisseaux sont le plus abondants.

Il semble que les éléments infiltrés traversent la cornée dans toute sa largeur.

Les *vaisseaux superficiels sous-épithéliaux* disparaissent

rapidement ; ils n'ont eu, dans les observations XVIII et XXXVI, qu'une existence éphémère. Augustein (1) a aussi remarqué d'une manière générale que les vaisseaux occupant cette situation ne persistent pas longtemps.

Les *vaisseaux profonds lamellaires* subsistent, au contraire, un temps beaucoup plus long et un examen attentif les fait encore découvrir dans l'épaisseur des cornées partiellement éclaircies.

Des opacités subsistent d'ailleurs longtemps, le plus souvent mince trouble diffus peu visible, avec un ou deux points grisâtres (Obs. VIII), souvent semis pointillé irrégulier et peu confluent (Obs. III), parfois stries s'entre-croisant irrégulièrement et de couleur jaunâtre (sclérose).

La *sensibilité cornéenne* redevient normale sauf dans les cas de sclérose dont je parlerai bientôt (Golesceano) (2).

J'ai déjà dit que l'*hypotonie* n'était pas durable. L'œil a, chez tous mes malades, repris sa consistance normale.

Quand l'autre œil est malade, ce qui n'est pas la règle, l'éclaircissement d'une des deux cornées précède celui de la cornée du côté opposé.

MARCHE

La marche de l'affection est, on le voit, régulièrement progressive ; il est rare que l'infiltration respecte complètement une partie de la cornée. Dans tous les cas que

(1) Augustein. *Loc. cit.*

(2) Golesceano. *Soc. d'opht.*, 1903.

j'ai vus, le trouble était parfois léger, mais toujours diffus. On lira cependant plus loin des observations de kératites qui restèrent localisées (Obs. XXXV).

Au cours de l'évolution peuvent apparaître certains accidents.

L'ulcération de la cornée, signalée par M. Abadie (1) dans le rhumatisme, par Trantas (2), Gorecki (3), reste légère et superficielle. Peut-être s'agit-il d'une infection d'origine externe conjonctivale, surajoutée à une infiltration parenchymateuse, primitive mais peut-être aussi s'agit-il d'une kératite spéciale non interstitielle. Je ne l'ai pas, pour ma part, observée. Son existence crée d'ailleurs des types cliniques différents du syndrome d'infiltration cornéenne.

Episclérite sclérite. Des saillies épisclérales peuvent exister autour du limbe, précédant ou suivant l'infiltration cornéenne: ce sont des productions de nature variable, gommes syphilitiques ou boutons d'épisclérite rhumatismale. (Obs : X et XXVII)

Iritis et choroïdite. L'iritis de la choroïdite, qui pour beaucoup d'auteurs accompagnent toujours l'infiltration cornéenne, en sont sans doute la cause et non l'effet. Leur gravité et les traces persistantes qu'elles laissent peuvent néanmoins les élever au rang de véritables complications. Je crois leur existence constante mais leur intensité variable.

(1) Abadie. In Burucna. *Thèse*, Paris, 1883-84.

(2) Trantas. *Arch. d'opht.*

(3) Gorecki. Soc. d'opht., Paris, 2 juillet 1895.

DURÉE.

La durée est longue. La kératite évolua en 4 mois chez une, malade, en 6 chez une autre, tous les autres patients que j'ai vus conservent encore après 10 mois ou un an quelques traces d'opacification.

On peut dire cependant que les adultes n'ont pas ces longues périodes de cécité partielle constatées chez les adolescents. Même quand il s'agit d'hérédo-syphilis, les gens âgés guérissent plus rapidement que les jeunes. On verra plus loin que la nature de l'affection influe également sur sa durée.

TERMINAISON

La terminaison est différente suivant le cas. J'ai vu des cornées absolument claires avec une acuité visuelle égale à 1 (Obs. XXXVI). Chez une syphilitique non héréditaire une opacité légère centrale subsiste, c'est la règle (Obs VIII) et de Wecker insiste sur ce point.

La persistance d'un semis localisé de points blanchâtres bien limités est fréquente, mon observation III le montre et un malade de M. de Lapersonne, hérédosyphilitique de 25 ans, eut une cornée absolument transparente sauf dans une région limitée où persista un semis de grains blanchâtres, les parties intermédiaires à ces taches laissant voir le fond d'œil.

D'autres cornées ont tendance à la sclérose. Les points ou les stries opaques irrégulièrement distribuées devien-

nent jaunâtres, puis prennent finalement des teintes blanc bleuâtre indélébiles. La persistance de l'opacité est un des caractères importants des kératites interstitielles vraiment tuberculeuses et leur donne un cachet tout à fait spécial.

Des staphylomes de la cornée. S'il existe une uvéite violente, en même temps que la cornée s'infiltré et se gonfle, son tissu devient flasque, une augmentation de tension oculaire la fait bomber en avant, et de deux choses l'une, où elle fait saillie dans toute son étendue, c'est le faux kératocône opaque, ou une partie seulement se développe (Staphylome).

Je n'ai n'ai jamais rencontré le fait chez l'adulte.

L'occlusion ou la Séclusion pupillaires peuvent s'observer et aussi le *glaucome secondaire* à l'existence des synéchies.

Est-il possible de fonder sur la symptomatologie une classification des kératites interstitielles des adultes ?

Je ne le crois pas. Nüel (1), dans l'Encyclopédie américaine d'ophtalmologie, reconnaît quatre types principaux de kératites parenchymateuses :

- 1° *Kératite interstitielle avec opacification uniforme ;*
- 2° *Kératite à infiltration irrégulière ;*
- 3° *Kératite vasculaire ;*
- 4° *Kératite avec irido-choroïdite.*

Chez les adultes, l'infiltration m'a paru irrégulière, la

(1) Nüel. *System of the diseases of the eye*, Norris et Oliver. IV, p. 227.

vascularisation toujours faible ; en revanche, si le tractus uvéal est toujours intéressé, il participe dans tous les cas à l'inflammation d'une façon inégale, et si l'on voulait créer une division clinique, il faudrait l'établir d'après l'existence ou l'absence d'une *violente* uvéite. Mais les synéchies iriennes, les taches de choréïdite périphérique ne sont bien visibles qu'après l'éclaircissement de la cornée.

Ces considérations m'ont amené à faire seulement une analyse symptomatologique générale d'un processus anatomique constant dans tous les cas. Je n'ai plus maintenant qu'à discuter les causes du syndrome infiltration cornéenne.

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel et étiologique

L'absence d'ulcération, le siège interstitiel de l'opacification, la vascularisation profonde et généralement peu marquée ; accessoirement, la faible intensité habituelle de la douleur de la photophobie et du larmolement, la diminution progressive de l'acuité visuelle font reconnaître chez l'adulte les kératites interstitielles.

Cependant, avant d'aborder l'étude si importante du diagnostic causal, je vais indiquer les différences qui permettent de distinguer l'infiltration parenchymateuse de la cornée d'autres affections oculaires.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1° — *Avant vascularisation*

Un examen, même rapide, empêche de confondre une kérastite interstitielle et le trouble cornéen des attaques de *glaucome*.

Dans ce cas, la cornée mate, parfois chagrinée, est pareille à un verre dépoli, plus opaque en son centre, plus claire à sa périphérie, mais on n'y voit ni îlots blancs ni stries. La pupille est dilatée. L'œil est dur et non de tonus faible ou normal.

Le malade ressent une vive douleur frontale et orbitaire tandis que l'infiltration parenchymateuse est assez souvent torpide. Entre les attaques de glaucome la cornée s'éclaircit et l'on peut, à l'ophtalmoscope, voir l'excavation papillaire commençante. prendre le champ visuel, que l'on trouve rétréci du côté nasal ; au contraire la vue se voile progressivement dans la kératite.

L'Irido-choroïdite séreuse est d'un diagnostic plus délicat car, d'une part, la réaction du tractus uvéal est fréquente dans la kératite et, d'autre part, la cornée se trouble dans l'iritis. Dans celle-ci, pourtant, la douleur vive, le changement de coloration et la congestion irienne, le myosis, la violente injection périkératique sont les symptômes précoces et principaux ; les lésions cornéennes restent d'abord au second plan ; elles sont constituées par de petites taches opalines bien limitées, semblables à des grains de semoule et qui occupent la face profonde de la cornée. Lorsque ces taches sont assez grosses, elles peuvent être disséminées sans ordre et sont alors peu nombreuses ; plus souvent elles sont très fines, agglomérées en un triangle à sommet central et à base périphérique, occupant la partie inférieure de la chambre antérieure. On peut se rendre compte, à la loupe et à l'éclairage oblique, les opacités siégeant sur l'endothe-

lium de la membrane de Descemet, qui reste au début absolument normal. La cornée ne prend pas, en effet, ici une part active à l'inflammation. Sa face profonde est seulement semée d'amas de cellules rondes, dont un grand nombre, d'origine uvéale, contiennent des granulations de pigment. Bientôt les cellules se résorbent et avec elles tombe l'endothélium ; de fines taches noires, pigmentaires, persistent à ce niveau, sous l'endothélium régénéré, mais elles n'ont qu'une courte existence. Cette situation des opacités et leur évolution empêchent donc de les confondre avec l'infiltration qui nous occupe.

Mais il n'est pas possible de séparer, dans tous les cas, aussi complètement l'infiltration parenchymateuse des irido cyclites ; celles-ci se compliquent, en effet, parfois d'une vraie kératite profonde que Fuchs (1) décrit ainsi : « Dans les couches profondes de la cornée se trouve une infiltration grisâtre qui prend souvent, plus tard, une couleur jaunâtre. Au niveau de cette infiltration la cornée se vascularise ultérieurement et l'infiltration disparaît ; mais il persiste toujours, dans les cas graves, une opacité avec aplatissement de la cornée. La vue est perdue, ou à peu près, non-seulement par suite des altérations cornéennes, mais surtout du fait des produits de l'irido-cyclite. »

Dans ces cas, heureusement rares, ce n'est plus un diagnostic différentiel qu'il faut faire mais un diagnostic causal et un pronostic qu'il faut porter.

(1) Fuchs. *Man. d'opht.*, trad. cit., p. 212.

Quand l'affection est véritablement intra-cornéenne il faut, pour reconnaître la nature de l'affection, un examen plus attentif.

Dans l'abcès de la cornée la surface épithéliale est généralement picotée; il existe au début un disque central, saillant, blanc grisâtre ou jaunâtre, dont les bords sont plus opaques et qui est entouré d'un halo d'infiltration où rayonnent de fines stries grises. Il y a en même temps de l'iritis et souvent de l'hypopyon. On pourrait croire à une kératite interstitielle mais les caractères de l'opacité différente sont reconnus à l'éclairage oblique, il y a de plus une violente réaction et il se produit bientôt une perte de substance.

L'herpès fébrile de la cornée peut, quand ses petites vésicules confluentes ont éclaté et sont remplacées par de petites pertes de substance de la dimension d'une tête d'épingle, à fond légèrement trouble, simuler une infiltration interstitielle, d'autant mieux que les phénomènes irritatifs qui l'accompagnent sont assez violents. Toutefois on note aisément, à l'éclairage oblique, la destruction de l'épithélium et l'on retrouve les commémoratifs d'une affection fébrile générale. L'existence de petites croûtes sur les lèvres, les ailes du nez, les oreilles et les paupières font faire le diagnostic.

La kératite ponctuée superficielle est constituée par un semis de petites taches grisâtres, plus ou moins confluentes. Ces taches, qui peuvent gêner beaucoup la vision, sont formées, d'après Nüel, par des amas de fibrine soulevant l'épithélium intact, mais il n'existe aucune infiltration cellulaire de la cornée. La persistance possible

de l'affection pendant plusieurs mois (Fuchs), la diminution parfois considérable de l'acuité visuelle et la confluence des taches pourraient prêter à l'erreur. Le diagnostic se fonde sur le siège tout-à-fait superficiel de la lésion, le caractère éphémère des symptômes irritatifs et les commémoratifs d'une conjonctivite survenue au cours d'un catarrhe des voies aériennes.

La kératite neuro-paralytique, qui se produit souvent chez les syphilitiques, est caractérisée, au début, par une opacification cornéenne et par la diminution de la sensibilité. On pourrait croire à une kératite interstitielle, mais l'anesthésie est ici, généralement, beaucoup plus complète et plus étendue, à la fois cornéenne conjonctivale et même faciale. De plus l'exfoliation épithéliale commence rapidement au centre pour continuer à la périphérie, jusqu'à ce qu'enfin toute la cornée se trouve dénudée, à l'exception d'une bandelette circonférentielle de deux ou trois millimètres. Plus tard l'opacité devient grise, puis jaunâtre et l'ulcération aboutit enfin à la perforation, dans la plupart des cas.

Dans *la kératite par lagophthalmos* on note le défaut d'occlusion des paupières ; enfin la *kératomalacie* ne s'observe que dans l'enfance.

Les *opacités anciennes de la cornée* ne pourront être confondues avec la kératite interstitielle en évolution par un observateur attentif. Elles sont, en effet, lisses, l'épithélium est au contraire, dans la kératite, piqué et chagriné ; les bords des taies sont nets, ceux des infiltrations parenchymateuses sont diffus. Une vieille opacité vue à un faible éclairage a des teintes dégradées ;

au contraire une opacification parenchymateuse, même dépourvue de vaisseaux, présente des marbrures et des points jaunâtres sur un fond plus clair. L'histoire des malades, enfin, aide au diagnostic.

On a signalé dans la cornée la possibilité de troubles d'origine chimique. Silex (1) a vu, chez un ouvrier qui avait reçu à plusieurs reprises dans les yeux des vapeurs de benzine et de nitro-naphtaline, une tache cornéenne centrale qui rappelait la kératite interstitielle. En examinant les yeux avec une forte loupe, on constatait l'existence de petits vésicules sous-épithéliales et dans le tissu de la cornée une striation grisâtre d'infiltration. Cet auteur conclut à un trouble d'origine chimique. Il y a lieu de se demander si l'accident dont il est question n'avait pas été seulement une cause occasionnelle d'infiltration parenchymateuse. Quoiqu'il en soit, les commémoratifs ont une grande importance dans le diagnostic de pareils faits.

Groenow, Krukow et Fuchs (2) ont décrit sous le nom d'opacités modulaires de la cornée, une affection particulière, dont l'étiologie n'est pas élucidée, il s'agit d'individus jeunes qui présentent, après une courte période inflammatoire, des opacités gris-blanchâtres dans la zone centrale. Ces opacités, de nombre variable, sont les unes petites, les autres larges d'un quart de millimètre. A l'éclairage oblique elles ont des bords flous mais conservent un aspect homogène ne se résolvant pas

(1) Silex. *Zeitschrift für Augenheilk.* Mars 1901.

(2) Fuchs. *Von Graefes. Archiv. für opht.* L. III, f. III, mars 1902.

en granulations plus petites. La cornée présente en outre un trouble diffus uniforme ; il y a, parfois, un léger degré de vascularisation de la zone marginale. La sensibilité cornéenne est un peu émoussée. Ces nodules sont constitués par des amas de substance amorphe, avec augmentation de volume des cellules fixes et dilatation des espaces lymphatiques. Fuchs, qui les a observés chez un chien alimenté avec de la thyroïdine, croit qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition. Ce n'est en tout cas qu'une rareté pathologique dont il n'y a guère à tenir compte dans un diagnostic différentiel.

Il faut sans doute rapprocher de ces faits le cas publié par M. Chevallereau (1) d'une kératite goutteuse survenue chez une dame de 54 ans et constituée par de petites taches blanchâtres, qui furent considérées comme des concrétions d'urate de soude. De même certaines opacités cornéennes progressives, non inflammatoires, sont des dépôts de phosphates et de carbonate de chaux combinés à une substance hyaline (Leber, Von Hippel, Nesmanof (2). L'affection se rencontre chez des gens âgés mais est absolument torpide.

Je ne crois pas qu'il faille séparer les infiltrations cornéennes consécutives aux épischérites des kératites interstitielles, les observations X et XXVII montrent le rapport intime de ces affections.

De même, les gommes de la cornée s'accompagnent

(1) Chevallereau. *Soc. franc d'opht.* Avril 1891.

(2) Nesmanof. *Wiestnik, opht.* 1900 et *Arch. d'opht.* 1901 : p. 792.

d'infiltration diffuse et une bien faible différence les sépare de certaines kératites syphilitiques. (Denarié).

2° *Après vascularisation.*

A la période de vascularisation, les vaisseaux sous-épithéliaux, qui étaient si remarquables chez ma malade de l'observation XVIII, pourraient faire croire à l'existence d'un pannus, consécutif à une conjonctivite trachomatuse ou lymphatique. C'est ainsi que la malade dont il vient d'être question, et qui avait à la partie supérieure de la cornée plusieurs taches rouges sur un fond grisâtre, avec intégrité de la moitié inférieure, ressemblait, au premier abord, à une granuleuse, mais une erreur pareille ne saurait être que de peu de durée, puisque dans les kératites interstitielles la conjonctive est saine. Un granuleux peut pourtant avoir la syphilis et une kératite (Wicherckiewicz, (1).

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

On est bien en présence d'une kératite interstitielle. Quelle est la cause qui a produit ce syndrome clinique ?

Si l'infiltration est diffuse, bi-latérale, la vascularisation assez abondante la première pensée du médecin doit être celle-ci : n'est-ce pas de l'hérédo-syphilis ?

(1) Wicherckiewicz. *Ann. d'ocul.*, 1900, p. 344.

A. — *Kératite des hérédo-syphilitiques.*

Tout le monde admet aujourd'hui la fréquence de la kératite interstitielle chez les hérédo-syphilitiques et si l'opinion est trop exclusive qui fait de l'infiltration parenchymateuse l'apanage exclusif de ceux-ci, elle ne s'en développe pas moins plus souvent chez eux que chez tous les autres dystrophies réunis. Je n'ai pas à rappeler ici les statistiques comprenant, en majeure partie des adolescents, cependant le fait que la syphilis héréditaire peut ne se manifester que très tardivement doit la faire rechercher soigneusement, même chez l'adulte.

Sous la dénomination de syphilis héréditaire tardive on classe deux catégories de faits. Dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'individus qui ont eu, dans leur première enfance, des symptômes de syphilis héréditaire précoce et qui, après une période de latence, présentent à l'âge adulte des lésions qui témoignent de la persistance du mal. Il est plus rare de trouver des adultes dont la syphilis se manifeste pour la première fois. Quand il écrivit son livre, M. le professeur Fournier (1) disait n'en avoir pas observé de cas au-dessus de 28 ans, mais il admettait la possibilité de manifestations héréditaires plus tardives encore.

Cliniquement, il n'y a pas à séparer les deux ordres de faits et chez tous les malades atteints de kératite

(1) Fournier. *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive*, 1883.

parenchymateuse on doit rechercher trois choses : 1° les stigmates laissés au sujet par la syphilis fœtale ou héréditaire précoce ; 2° Les lésions tertiaires tardives. 3° La concomitance possible d'accidents para-syphilitiques.

I. Stigmates hérédo-syphilitiques.

L'infantilisme du sujet. sa peau d'une teinte gris sale, terreuse, le faible développement du système pileux, le front olympien où les hyperostoses pariétales du crâne natiforme, les déformations des os longs (tibia en lame de sabre) l'atrophie testiculaire sont à noter avec soin.

On doit examiner les commissures labiales où on retrouve parfois les cicatrices linéaires des rhagades des fissures de la première enfance (Obs. III) ; on doit rechercher aux fesses, à la face postérieure des cuisses, à la région lombo-sacrée les cicatrices étendues, superficielles, à contours polycycliques, reliquats d'éruptions anciennes survenues après la naissance.

Il faut surtout étudier les éléments de la triade d'Hutchinson. Depuis que l'illustre auteur anglais a montré la fréquence des malformations dentaires des troubles auditifs et de la kératite interstitielle chez les hérédo-syphilitiques, on attache à la réunion de ces trois catégories d'accidents une importance pathognomonique.

J'envisagerai successivement :

a) Les altérations dentaires.

b) Les troubles auditifs.

c Les autres lésions oculaires associées à la kératite interstitielle.

a) *Altérations dentaires.* — Les divers troubles de la dentition sont loin d'avoir tous la même valeur diagnostique.

Les vraies dents d'Hutchinson consistent en une échancrure semi-lunaire du bord libre des incisives médianes supérieures de la deuxième dentition ; en même temps, ces dents, d'un diamètre vertical au-dessous de la normale, sont taillées en tournevis et convergentes en bas. Elles seraient un stigmate certain de l'hérédo-syphilis, mais on les rencontre bien rarement ; je ne les ai observées chez aucun de mes malades. il est vrai qu'il y a lieu de tenir compte, chez les adultes, de l'usure que le temps fait subir à de pareilles dents.

D'autres malformations, surtout des dents supérieures, que je vais indiquer, ne représentent, au contraire, d'après Fournier et ses élèves, qu'un trouble de nutrition banal ; on ne les doit pas considérer comme une preuve absolue d'hérédo-syphilis, cependant leur constatation fréquente dans cette affection constitue une présomption dont il faut tenir compte, présomption qui devient très forte, quand sont combinées et associées entre elles les diverses malformations dont il va être question.

1° *Les érosions cupuliformes* creusent dans les dents une série de petites dépressions, dont la grandeur varie de la tête à la pointe d'une épingle.

2° *Les érosions sulciiformes* de Parrot sont formées par deux, trois ou quatre stries ou rainures horizontales, pa-

ralles. dont l'ensemble donne a la dent un aspect en gradins.

3° *Les érosions en nappe* taillent sur la dent une facette aplatie, de couleur jaune sale.

4° *Les crénelures* des dents, surtout des incisives, forment sur leur bord, tantôt un brèche angulaire (sommet taillé en V), tantôt une série de brèches (dents en scie).

5° *L'amaigrissement atrophique du sommet* fait paraître la dent comme écrasée entre les mors d'une pince. Plus souvent il semble qu'une dent petite, raboteuse, crénelée est vissée sur une grosse dent. Je ferai encore remarquer ici, qu'après vingt ou vingt-cinq ans, un pareil sommet est usé et qu'il ne reste que la large base, c'est ce qui expliquait sans doute la forme des dents d'un de mes malades (Obs. II).

6° *L'amorphisme dentaire* est constitué par des modifications dans le type des dents. Elles ont perdu leur caractère ; les incisives ressemblent aux canines et, réciproquement, les canines aux incisives.

7° *Le microdontisme* (dents normales mais petites et isolées les unes des autres), semble encore moins important au point de vue du diagnostic. Une malade, sur l'affection de laquelle je n'ai pu me faire une opinion ferme, avait une pareille dentition (Obs. XXXVII).

8° *La vulnérabilité* des dents est, chez tous les dystrophés, chose très générale.

En résumé, il m'a semblé que l'on n'est guère, chez les adultes, renseigné d'une façon absolue par l'état de la dentition. D'une part, les dents mal formées sont chez eux déjà usées et modifiées ; d'autre part, M. Fournier

insiste, dans ses cliniques, sur le fait que les hérédo-syphilitiques peuvent avoir des dents normales; enfin, la carie dentaire banale est fréquente après 25 ans.

b) Troubles auditifs. — On peut observer chez les malades atteints d'infiltration parenchymateuse de la cornée, deux catégories d'accidents auditifs d'une inégale valeur diagnostique:

1° Une surdité hérédo-syphilitique tardive, dont l'observation V constitue un bel exemple. Cette surdité débute brusquement souvent, après l'opacification cornéenne complète; elle est, généralement, bi-latérale envahissant les deux oreilles simultanément ou successivement.

Elle se produit sans les accidents locaux ou généraux, qui accompagnent les otites vulgaires.

On ne constate pas, le plus souvent, à l'otoscope de lésions appréciables.

Cette surdité est considérable, progressive et définitive.

Exceptionnellement, la kératite interstitielle et la perte de l'ouïe peuvent s'accompagner, non-seulement de bourdonnements d'oreilles, mais aussi de symptômes d'irritation cérébrale, de vertiges et de troubles de l'équilibre, simulant la maladie de Ménière. Ch. Ripp (1) en rapporte des exemples. On lira plus loin une observation inédite de M. Aubineau, c'est l'histoire d'une dame de 29 ans qui, au cours d'une double kératite interstitielle, présenta des bourdonnements d'oreilles et des troubles de l'équi-

(1) Ripp. *Trans. of the am. opt. soc.*

libre que l'on attribua, d'abord, à une tumeur du cer-
velet.

C'était en réalité une héréo-syphilitique, avec lésions nettes, des oreilles moyennes, ankylose des osselets et lésion probable de l'oreille interne. Ce faux vertige de Menière, avec tous ses caractères nettement définis sans parler du cas de Wecker (1, Bucquoy et Duplay, qui est celui d'une petite fille, on connaît l'histoire d'une malade de Knapp (2), dame qui eut, tout à la fois, une kératite interstitielle, de l'iritis et du vrai vertige de Menière.

Quelque cause que l'on admette pour expliquer la surdité héréo-syphilitique, périostite du labyrinthe (Alexander, Moos, Steinbrügg, Gradenigo) lésion du nerf auditif, ou lésion des centres (von Hippel), plus particulièrement du quatrième ventricule (Ripp), elle paraît bien pathognomonique, seulement elle est rare et aucun des adultes, que j'ai personnellement observés et qui ont été examinés pour la plupart par M. Gellé, n'avait cette surdité typique.

2° *L'otite purulente*, des héréo-syphilitiques date de la toute première enfance (Fournier); elle est indolore et peut se prolonger à l'âge adulte. Sa coïncidence avec l'infiltration parenchymateuse de la cornée n'a qu'une importance relative car un écoulement d'oreille, même très ancien, peut avoir bien d'autres causes.

c) *Lésions oculaires associées*.— En examinant les yeux

(1) de Wecker et Landolt. *Tr., d'opht.* II, p. 144.

(2) Knapp. *arch. für. augen und ohrenheilk.* I, p. 190.

d'un adulte atteint d'une infiltration interstitielle de la cornée, on trouve parfois des traces d'une première kératite parenchymateuse survenue dans l'adolescence. Pour Fuchs, Albrandt, Fournier, les récidives son rares: pour Michel, Horner et Knies elles sont au contraire fréquentes. Ce dernier auteur pense même que les kératites hérédo-syphilitiques ne sont toujours chez l'adulte que des récidives.

Quoiqu'il en soit, la constatation, au cours d'une nouvelle poussée de néphélions ou de leucomes anciens, de synéchies iriennes de dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure a une certaine importance diagnostique puisqu'il semble bien que chez les adolescents, l'hérédosyphilis cause plus souvent que chez l'adulte les kératites interstitielles. L'examen du fond d'œil, quand il est possible même d'un seul côté, fournit des indications précieuses. Une choroïdite étendue est souvent syphilitique (Obs. II). On peut même faire le diagnostic quand on trouve seulement des taches pigmentaires nettes limitées au voisinage de *l'ora serrata*. (Fuchs, Galezowski).

Mais il s'en faut de beaucoup que les signes ophtalmoscopiques soient toujours aussi démonstratifs. Antonelli a longuement étudié, dans sa thèse, ce qu'il appelle les stigmates rudimentaires. D'après lui :

1° Chez les hérédo-syphilitiques la papille a souvent une teinte pâle ou grisâtre blanc sale, ses bords sont légèrement flous ou déchiquetés, elle est entourée d'un cadre pigmentaire total ou partiel. Les artères sont diminuées

(1) Antonelli. *Th. Paris*, 1896-1897.

de calibre, les veines, au contraire, sont relativement volumineuses, irrégulières, à bords effacés, surtout au moment où elles franchissent le bord de la papille.

2° La région péripapillaire a une teinte ardoisée, doucement dégradée jusqu'à l'équateur; cette teinte peut être localisée entre deux vaisseaux ou occuper tout le fond d'œil.

3° La région équatoriale a souvent une pigmentation grenue.

4° A la périphérie, on peut voir des traces diffuses ou limitées de surpigmentation et de dépigmentation.

C'est à ces lésions qu'il faudrait rattacher le strabisme, l'hypermétropie et l'astigmatisme de quelques hérédosyphilitiques. Il est souvent bien difficile de marquer la limite qui sépare de pareilles altérations des variations normales et physiologiques du fond d'œil. Quand elles sont accentuées ces variations de la pigmentation, trouvées dans un œil tandis que celui du côté opposé est atteint de kératite interstitielle, constituent une présomption très forte d'hérédosyphilis, mais seulement une présomption, car il est possible que d'autres infections non syphilitiques aient déterminé ces altérations.

La malade de mon observation XXXVII avait eu une kératite interstitielle, à type annulaire, de l'œil gauche. Ses dents, fort jolies, étaient pourtant petites et isolées les unes des autres, la papille de l'œil droit avait un cadre pigmentaire, le fond d'œil était peut-être d'une teinte légèrement ardoisée. A un de mes tout derniers examens j'ai découvert tout à fait à la périphérie, deux petites taches pigmentaires. Faut-il rattacher cette kéra-

tite unilatérale, chez une femme de 34 ans qui n'a absolument aucun antécédent héréditaire ou personnel à l'hérédo-syphilis ? Est-on en présence d'une syphilis de la deuxième génération ?

Une pareille incertitude subsiste dans beaucoup de cas.

II. *Lésions tertiaires de l'hérédo-syphilis tardive*

Parinaud (1), qui fait de la kératite interstitielle une manifestation d'une syphilis atténuée des parents, pense que les sujets qui en sont porteurs n'offrent pas de lésions de syphilis infantile. Panas faisait même de la rareté des lésions tertiaires un des principaux fondements de sa théorie de la kératite cachectique, qu'il opposait à la théorie exclusiviste d'Hutchinson. « Aucun de nos malades, dit-il, n'a eu dans son enfance, pas plus qu'il ne nous a offert, au moment de l'examen, des accidents syphilitiques. »

Cette opinion est vraie dans beaucoup de cas, mais non d'une façon absolue, et il faut rechercher les lésions tertiaires.

Puech (2) a insisté sur la concomitance fréquente des arthropathies et des kératites interstitielles, chez les hérédo-syphilitiques ; il l'a rencontrée onze fois sur 27 cas.

Cette arthropathie peut apparaître après 20 ans ; une

(1) Parinaud, *Arch. gén. de méd.*, 1883, 2^e semestre, p. 521.

(2) Puech, *Arch. d'opht.*, XXI, 1901, p. 701.

de mes malades (Obs. I) avait 21 ans, une autre, soignée par M. Aubineau, 29 ans (Obs. V). Elle est évidemment un précieux élément de diagnostic. On sait, en effet, que l'hérédo-syphilis tardive des articulations se manifeste sous trois formes :

1° L'*arthralgie simple*, observée par Förster (1) au cours de la kératite ;

2° L'*hydarthrose*, qui est la forme la plus fréquente (Obs. II, V) ; elle siège le plus souvent au niveau des grandes articulations, le genou principalement ; elle évolue sans fièvre et avec peu de douleur. La malade de M. Aubineau (Obs. V) avait cependant « un gonflement peu accentué de l'articulation, avec sensibilité vive à la pression et véritable douleur pendant la marche ;

3° La *pseudo-tumeur blanche syphilitique* de Fournier fut au début trouvée chez le malade de M. Poulard ; elle est due aux lésions des extrémités osseuses. Toutes ces arthropathies sont généralement unilatérales.

Il est des cas où la nature des accidents articulaires est d'une interprétation difficile ; la jeune fille soignée par M. le professeur de Lapersonne (Obs. XXXV) n'avait, à part l'hydarthrose d'ailleurs légère du genou, aucun stigmate ni aucun autre accident qui dût faire conclure à l'hérédo-spécificité.

Von Hippel (2), sur 87 kératites, a observé 18 cas d'arthropathie, cinq fois la syphilis était certaine, deux fois probable. Dans deux cas, il y avait association de la tuberculose et de la syphilis ; une fois la tuberculose exis-

(1) Förster. *Von Graefe-Sæmish*, VII, 1^{re} part., p. 158 et 159.

(2) Von Hippel. *Von Graefe-arch.*, XLII.

taut seule, deux fois elle était probable : dans une deuxième catégorie de cas, enfin une fois le rhumatisme était certain et deux fois probable.

On lira plus loin une observation d'Eliasberg (1) dans laquelle la kératite interstitielle et l'arthropathie du genou succèdent à la blennorrhagie. Il est logique, dans ce cas, d'attribuer l'affection articulaire au gonocoque.

En résumé, il faut toujours attacher une grande importance diagnostique aux arthropathies, mais seulement quand les commémoratifs ou l'état général n'expliquent pas leur existence. L'heureuse influence du traitement mercuriel et ioduré, l'inutilité du salicylate de soude constituent des indications précieuses. Des ostéo-périostites des os longs (exostoses ou hyperostoses du tibia), l'otéomyélite chronique spécifique de Lannelongue, les gommes des téguments, l'ozène, la destruction du nez, la perforation de la voûte palatine, enfin la longue série des accidents tertiaires, bien qu'ils relèvent ordinairement de la syphilis acquise, pourraient avoir pour origine l'hérédosyphilis.

La malade de l'observation VI, dont la mère avait eu autrefois des gommes du palais, quand elle eut sa kératite, venait d'être soignée pour une ostéite du coude et pour des lésions de la langue, qui avaient cédé au traitement spécifique.

(1) Eliasberg. *Arch. d'opht.*, XIII, 1893, p. 137.

III. *Accidents para-syphilitiques dans l'hérédosyphilis.*

On peut, d'après Fournier, voir apparaître tardivement le tabès et la paralysie générale chez des hérédosyphilitiques au même titre que chez les individus contaminés directement. Je dois à l'obligeance de M. Scrini l'histoire d'une malade de 31 ans, qui semble bien avoir eu une kératite interstitielle hérédosyphilitique, elle présentait en outre de l'abolition des réflexes et le signe d'Argyll-Robertson (Obs. VII).

L'hydrocéphalie, l'hémiplégie spasmodique infantile, l'épilepsie essentielle relèvent aussi souvent de la syphilis héréditaire.

J'ai insisté longuement sur tous ces accidents pour montrer que l'on peut trouver à côté de la classique triade d'Hutchinson les éléments du diagnostic étiologique des infiltrations cornéennes.

Mais on doit se rappeler que Fournier et Feulard ont montré la fréquence des contaminations dans l'enfance et on ne peut mieux conclure : « les signes cliniques que présente la syphilis héréditaire tardive n'ont aucun caractère pathognomonique qui les distingue de la syphilis acquise dans l'enfance. La dent d'Hutchinson et certaines lésions osseuses constituent en faveur de l'origine héréditaire de l'infection des présomptions sérieuses, des présomptions formelles et presque voisines de la certitude, mais au total ne constituent rigoureusement que des

présomptions sans s'élever au rang de témoignages d'une authenticité absolue.

Le véritable critérium du diagnostic ne réside donc que dans l'étude des antécédents du malade et dans l'enquête sur sa famille, sur les autres enfants, sur la polymortalité des jeunes » (Fournier).

On verra plus loin à quel point nous nous sommes appliqué à l'étude de ces commémoratifs. Les fausses couches de la mère, la mort en bas âge des frères et sœurs aînés sont une presque certitude.

Il faut toutefois savoir que l'on peut observer l'infiltration parenchymateuse de la cornée chez l'ainé d'enfants morts qui semblaient bien syphilitiques. Terson et Desvaux en ont observé des cas et l'observation VII semble le prouver.

B. — *Kératite dans la syphilis acquise.*

Dans son traité d'ophtalmologie, Panas citait 37 cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise ; il serait difficile aujourd'hui de faire la statistique complète des nombreux cas publiés. On trouvera plus loin dix observations inédites, complètes ou résumées, je les dois à MM. Aubineau, Poulard et Bourdeaux, une m'est personnelle.

En l'absence de stigmates héréditaires, il faut donc toujours penser à la possibilité de la syphilis acquise, mais il ne faut, d'après M. de Lapersonne, accepter ce

diagnostic qu'avec beaucoup de réserve. Le diagnostic se fera d'après :

1° Les caractères cliniques de l'infiltration.

2° L'examen général.

3° Les commémoratifs.

1° *Caractères cliniques.* — L'opacification cornéenne, qu'il faut séparer avec soin des irido-kératites ponctuées, commence par de petits points interstitiels, à abords diffus, distincts, qui, après un mois environ, finissent par devenir confluents (Trantas).

L'infiltration ponctuée, parfois irrégulièrement striée, occupe généralement le centre de la cornée (Obs. VIII), elle peut cependant avoir au début du moins un siège périphérique (Obs. XVI, XVII).

Dans la grande majorité des cas elle reste unilatérale, elle peut cependant voiler les deux yeux (Obs. XV).

Les troubles fonctionnels, douleurs, photophobie, larmoiement sont généralement modérés.

La vascularisation est faible (Valude) (1), elle peut manquer (Terson) (2) ; dans la cornée de ma malade un examen attentif et prolongé m'a seul fait découvrir quelques fins vaisseaux profonds.

Il y a souvent de l'iritis du même côté ou parfois du côté opposé ; les traces de synéchies sont un indice précieux.

(1) Valude. *Ann. d'ocul.* CXVII, p. 40.

(2) Terson. *Soc. franç. d'opht.* Janv. 1899.

Hock (1) a observé la co-existence d'une kératite ponctuée d'un œil et d'une kératite diffuse de l'autre œil. Cette co-existence serait, d'après lui, un signe pathognomonique de la syphilis acquise. L'œil non atteint de kératite peut encore présenter des traces de choroïdite (Obs. IX). La réaction du tractus uvéal peut manquer (Trantas) ; elle est au contraire constante d'après Fournier.

Exceptionnellement, on voit se développer, à quelques millimètres du limbe, des sortes de saillies arrondies, violemment injectées, en tout semblables à des boutons d'épisclérite il n'en faut pas déduire la nature rhumatismale de la kératite, une observation de Cabannes et Guyot publiée dans la thèse de Roques (2) montre qu'il peut s'agir de gommes du limbe et de syphilis. L'histoire d'une malade de M. Aubineau est à ce sujet fort intéressante (Obs. X) ; on y remarque l'heureuse influence du traitement sur l'évolution des gommes ou pseudo-gommes épisclérales et sur celle de la kératite.

Cette heureuse influence du traitement est un puissant moyen de diagnostic ; souvent la cornée s'éclaircit rapidement ; la malade, dont il vient d'être question, recouvra une vision excellente, 2/3. Le malade de Trantas, guérit complètement mais souvent aussi il persiste un petit néphélion central très tenace. M. de Wecker insiste sur ce point. La femme de mon observation en est un exemple.

(1) Hock, *Win., med. press.* 1881, XXII, p. 293-295-360-1657-1661.

(2) Roques, *Th.*, Bordeaux, 1901-1902, p. 30.

2° *Examen général.* L'examen général fait parfois découvrir, chez les syphilitiques non héréditaires, des traces de lésions secondaires, ou fait diagnostiquer tantôt même des maladies parasymphilitiques. C'est qu'en effet la kératite interstitielle se produit longtemps après l'accident primitif.

Levinson (1) cite pourtant le cas d'un homme de 20 ans, qui eut, tout ensemble, un chancre de la verge et une double kératite interstitielle.

Monphous (2) a publié l'observation d'une infiltration cornéenne ayant débuté 5 mois après le chancre. Je n'ai pas retrouvé d'autres cas aussi précoces. J'ai relevé dans 9 observations inédites la longueur du temps écoulé entre l'apparition du chancre et le début de la kératite.

Dans 1 cas l'infection syphilitique datait de 22 ans.

— 1	—	—	15	—
— 1	—	—	11	—
— 2	—	—	10	—
— 2	—	—	9	—
— 1	—	—	4	—
— 1	—	—	2	—

Ces chiffres sont en rapport avec ceux de la plupart des auteurs. Greeff (3), dit que les malades ont été infectés en moyenne huit ou dix ans auparavant. Les deux femmes que Terson a présentées à la société d'ophtalmolo-

(1) Levinson. *Wjestnik, opht.* 1900 et arch : 1901 p. 425.

(2) Monphous. *Clin, opht.* 1897, p. 54.

(3) Greeff. *Die Keratitis interstitialis in ihren, Beziehungen, zu Allgemein, Eckcrunkungen*, in-8°, Halle 1898.

gie étaient syphilitiques, l'une depuis 2 ans, l'autre depuis 20 ans : ce sont là, on le voit, à peu près les chiffres extrêmes de mon tableau personnel.

3° *Commémoratifs*. L'interrogatoire a surtout une importance capitale, tantôt ce sont les fausses couches à répétition, tantôt les accidents bucco-pharyngés, l'alopecie, la céphalée nocturne dont les malades ont gardé le souvenir, qui font faire le diagnostic.

Mais il semble bien, d'après les observations, que la kératite parenchymateuse ne se présente guère dans les cas où les accidents secondaires furent bruyants mais plutôt dans les syphilis légères, qui passèrent inaperçues et furent mal ou peu soignées.

La conclusion est que l'on doit rechercher les accidents tardifs, et que la kératite interstitielle de la syphilis acquise aussi bien que celle de la syphilis héréditaire doit sans doute être considérée comme un trouble dystrophique et comme un accident para-syphilitique plutôt que syphilitique. /

C. — Kératite des tuberculeux et des scrofuleux.

Ce qui conduit à faire le diagnostic de kératite tuberculeuse c'est la constatation d'une bacilliose locale nette, arthrite. (Obs. XXII) mal de Pott (Obs. XXII-XXV) ce sont les commémoratifs, phthisie pulmonaire des parents de méningites, etc. (Obs. XIX).

Certains auteurs, entre autres Michel, Bongartz, Strubell, Burstenbinder, Wagenmann, Vossius, Von

Hippel, Panas et son élève Desvaux, attachent une grande importance à la tuberculose et lui font jouer un rôle capital.

Sur 87 cas. Von Hippel, en particulier, attribuait, 26 kératites à la tuberculose, il est vrai que huit fois les sujets étaient, tout ensemble, syphilitiques et tuberculeux.

Il semble bien que l'on doive distinguer deux catégories de faits.

1° Certaines infiltrations parenchymateuses se produisent chez des sujets scrofuleux présentant de vieilles adénites cervicales suppurées. Elles ont souvent une origine complexe ; ce sont parfois des manifestations de ce que Ricord appelait « scrofulate de vérole ».

Dans certains cas aussi la syphilis n'est certainement pas en cause et la kératite évolue sur un terrain débilité seulement par la tuberculose locale et la suppuration prolongée. Ce sont des affections oculaires en quelque sorte *paratuberculeuses curables*. Un caractère clinique important de ces kératites des scrofulo-tuberculeux paraît être l'existence d'une vascularisation sous-épithéliale abondante (Obs. XVIII).

2° La vraie kératite tuberculeuse existe bien néanmoins. Les examens anatomiques, entre autres celui de Zimmermann (1) qui a trouvé le bacille de Kock, le prouvent sans contestation. L'infiltration parenchymateuse de la cornée succède alors à la présence de petits nodules

(1) Zimmermann. *Arch. von Graefe B.* XII, f. I. p. 215 à 234.

tuberculeux situés dans le ligament pectiné. Bach (1) les décrit d'une façon très précise et le tableau clinique qu'il trace ensuite répond bien aux faits observés et cités plus loin (Obs. XVIII à XXVI).

Caractères cliniques. — L'infiltration tuberculeuse débute lentement, progressivement sur le bord de la cornée, elle a un aspect blanc grisâtre, tirant sur le jaune.

Il y a souvent des phénomènes d'iritis (Obs. XXIII).

La vascularisation profonde est relativement peu marquée, peut manquer (Obs. XXIV). Si l'évolution s'arrête, les nodules cornéens sont remplacés par une languette de sclérose persistante (Bach). Dans d'autres cas toute la cornée est envahie et de deux choses l'une ou il reste une opacité permanente (Obs. XXII) ou l'énucléation devient nécessaire (Zimmermann).

Je ne sais pas si l'on a observé chez l'homme adulte une tuberculose centrale de la cornée avec ramollissement et ulcération analogue à celle produite expérimentalement chez les animaux par Panas et Vassaux (2) et par Bach.

En résumé, on n'est autorisé à porter le diagnostic kératite interstitielle tuberculeuse que dans des cas cliniquement bien définis, à opacité permanente et définitive.

(1) Bach. *Arch. of opht.* XXVIII. p. 64.

(2) Panas et Vassaux. *Arch. d'opht.* V. III, p. 193, 1885.

D. — Kératites des lépreux.

Cliniquement, cette kératite peut se présenter sous deux formes.

a) Il existe surtout à la partie supérieure de la cornée une léger pointillé interstitiel sans réaction marquée et sans vascularisation. C'était le cas d'un malade que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu et qui présentait au centre de sa cornée de fines taches, isolées pour la plupart et dont quelques unes constituaient par leur ensemble une sorte d'étroite bandelette grisâtre horizontale.

b) Dans d'autres cas l'opacité est complète nacréée, la cornée semble épaissie et néoplasique dans un point isolé ou dans toute son étendue ; l'anesthésie est plus ou moins complète.

Ces kératites procèdent par poussées, ont peu de tendance à la régression et ne guérissent guère. Je n'insisterai pas longuement sur leur diagnostic que font faire l'examen général et les commémoratifs.

E. — Kératites chez les rhumatisants. (1)

Chez des malades qui n'ont pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise, mais qui sont rhumatisants et

(1) Nous avons étudié jusqu'ici les kératites syphilitiques lépreuses et tuberculeuses, dont la nature est aujourd'hui bien définie et le diagnostic relativement absolu. J'intitule maintenant ce nouveau paragraphe et les suivants : kératites chez les rhumatisants, chez les paludéens, etc ; pour ne pas présumer de la cause d'infiltration cornéenne dont l'étiologie reste trop souvent incertaine.

ont souffert ou souffrent d'attaques aiguës, subaiguës ou chroniques, articulaires ou musculaires, on observe des infiltrations parenchymateuses de la cornée. Abadie (1), Parinaud (2) et les oculistes de l'Ouest, qui exercent dans des pays à climats humides et où la syphilis est relativement rare, attachent une grande importance à ces faits. (Dianoux, communication orale.)

Arlt, Achenbach (3), Fuchs et beaucoup d'autres auteurs étrangers font jouer au rhumatisme un rôle important dans l'étiologie de certaines kératites interstitielles. Mais les faits classés sous le nom de kératite rhumatismale sont assez disparates. Sans parler de la forme ulcéreuse décrite par M. Abadie et qui, par son évolution, se distingue des formes parenchymateuses que j'étudie on peut distinguer, ce me semble, trois catégories de faits.

1^o *Infiltration cornéenne simple*. — Elle débute près du limbe, n'envahit qu'une partie de la cornée, n'atteignant pas le centre ou respectant, tout au moins, une moitié de cornée. Cette infiltration est grisâtre, d'aspect finement granité. Exceptionnellement elle peut débiter au centre et s'y localiser.

Les troubles fonctionnels sont peu marqués, la vascularisation est faible ou fait défaut.

L'évolution est relativement lente mais l'éclaircissement se fait complètement.

(1) Abadie. *Arch. d'opht.* IV. 1884, p. 420 et congr. Copenhague 1884.

(2) Parinaud. *Bull. soc. opht.* 1884.

(3) Achenbach. *Berliner. Klin. Wochenschr.* Janvier 1897.

Les observations XXVI, XXIX me paraissent correspondre à ce type.

2° *Infiltrations cornéennes au cours de l'iritis.* — C'est l'iritis qui au début attire l'attention. Les troubles fonctionnels, douleurs, photophobie et larmoiement sont marqués (XXVIII).

Au cours de la maladie apparaît une véritable kératite parenchymateuse qui tantôt se localise au bord de la cornée, tantôt l'envahit tout entière.

La vascularisation est faible, la guérison lente ; la cornée s'éclaircit à la longue, mais il persiste souvent des synéchies iriennes.

3° *Infiltrations cornéennes après épiscclérite.* — Une épiscclérite douloureuse avec forte injection épiscclérale et conjonctivale débute à quelques millimètres du limbe.

L'infiltration cornéenne ne survient qu'après ; elle occupe le plus souvent le bord voisin du bouton d'épiscclérite et s'avance vers le centre sous la forme d'un triangle qui, insensiblement, se perd dans les zones transparentes.

Dans d'autres cas, au centre de la cornée même, loin du bord, apparaissent des opacités. Elles peuvent être très marquées ou constituées, au contraire, par de fines stries grisâtres s'entre-croisant irrégulièrement. (Obs. XXVII.)

La vascularisation, dans tous ces cas, est faible et peut manquer.

La terminaison est variable ; la cornée peut s'éclaircir (Obs. XXVII). Plus souvent, malheureusement, les opacités deviennent d'un blanc bleuâtre et constituent, sui-

vant leur siège. tantôt une sorte d'empiètement de la sclérotite sur la cornée. (Kératite sclérosante de Von Graefe), tantôt des leucomes centraux. Dans ces cas, il s'agit de scléro-choroïdite grave.

La combinaison possible de ces différentes formes entre elles rend forcément toute description schématique difficile. Aussi le diagnostic de ces faits est-il délicat. Pour Cabannes (1), voici les conditions qui permettent d'affirmer qu'une kératite est d'origine rhumatismale :

a) Tout d'abord l'absence d'antécédents de syphilis acquise ou héréditaire ;

b) La co-existence ou l'alternance des troubles oculaires et d'autres manifestations du rhumatisme ;

c) L'influence curatrice du traitement général du rhumatisme et, en particulier, du salicylate de soude, sur les phénomènes oculaires et articulaires.

Cette influence a paru manifeste dans les observations qu'on lira plus loin, et dans lesquelles le traitement mercuriel et ioduré avait échoué. Il faut toutefois ne pas oublier que le salicylate peut avoir une heureuse influence sur l'œil en dehors du rhumatisme (Fano) (2).

Il est, par contre, sans influence sur les arthropathies non rhumatismales.

L'iodure de potassium agit dans les deux cas, syphilis et rhumatisme.

La conclusion est que l'origine rhumatismale des kératites n'est vraiment diagnostiquée que par exclusion.

(1) Cabannes. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, nov. 1901.

(2) Fano. *Journ. d'ocul.*, 1885, n° 149.

F. — Kératites chez les paludéens.

C'est encore par exclusion que l'on attribue à l'impaludisme des infiltrations parenchymateuses surtout circonscrites de la cornée qui s'observent chez les cachectiques dans les pays de malaria.

Poncet et Javal (1), qui ont signalé ces faits, disent qu'il s'agit de cas simulant par leur bi-latéralité et par leur persistance les kératites hérédo-syphilitiques.

Knies dit que la vascularisation est peu abondante. Dans le cas d'Achenbach (2), l'infiltration resta partielle et unilatérale.

Le développement vasculaire fut, au contraire, très intense ; il est vrai qu'il s'agissait d'un médecin de trente ans, tout ensemble rhumatisant et paludéen.

Sedan (3), qui a longtemps exercé en Algérie, vante l'influence heureuse de la quinine et de l'arsenic. Le diagnostic de pareils cas reste, en somme, toujours douteux.

G. — Kératites après les maladies infectieuses.

On est amené dans quelques cas à rattacher l'infiltration interstitielle de la cornée à des maladies infectieuses.

(1) Poncet et Javal. *Soc. franç. d'opht.* 1884.

(2) Achenbach. *Loc. cit.*

(3) Sedan. *Rec. d'opht.* 1887, p. 528.

a) *L'influenza* est quelquefois suivi de kératite parenchymateuse localisée, avec forte vascularisation. L'iritis accompagne ou suit cette opacification dont le pronostic est assez bénin.

Pflüger (1), Achenbach (2), Wagenman (3), de Spéville ont observé ces faits. Dans le cas de Trantas (4) il se produisit tardivement une légère ulcération analogue à celle signalée par Abadie dans le rhumatisme.

On sait d'ailleurs, d'une façon générale, que les complications oculaires de la grippe sont assez fréquentes.

b) *Oreillons*. — On trouve dans la thèse de Desvaux une observation consécutive aux oreillons. Je ne crois pas qu'un fait analogue ait été rencontré chez l'adulte.

c) *Blennorrhagie*. — On lira plus loin l'observation d'Eliasberg (5) qui a constaté un trouble cornéen diffus bi-latéral chez un jeune homme de 22 ans atteint d'urétrite et d'arthrite blennorrhagique. Cet individu guérit complètement en 3 mois 1/2.

d) *Zona ophtalmique*. — Au cours d'un zona ophtalmique survient parfois une opacité interstitielle de la cornée, sans lésions épithéliales et qui guérit en deux ou trois mois sans ulcération et sans vascularisation. Koster (6), Sulzer (7), et Morax (8) en ont publié des cas que je rapporte plus loin.

(1) Pflüger. Congr. d'opht. d'Heidelberg. 1892.

(2) Achenbach. *Berliner klin. Wochenschr.* Janvier 1897.

(3) Wagenman. Cité par Achenbach.

(4) Trantas. *Arch. d'opht.* XV, 1895, p. 697.

(5) Eliasberg. *Arch. d'opht.* XIII, 1893, p. 137.

(6) Koster. *Ann. d'ocul.* 1900, p. 96.

(7) Sulzer. *Ann. d'ocul.* CXIX. 1898. 413.

(8) Morax. Cité par Sulzer.

L'infiltration cornéenne peut précéder l'apparition du zona (Terrien) (1).

Pfluger fait remarquer que toutes les maladies infectieuses peuvent théoriquement produire des kératites parenchymateuses mais tous les cas publiés jusqu'à présent sont trop rares pour que le diagnostic causal en puisse être fondé sur les connaissances d'un type clinique. Les antécédents seuls aideront le médecin à se faire une opinion.

H. — Kératites d'origine utérine, d'origine dentaire, etc.

Lorsque chez une malade toutes les causes précédentes de kératites font défaut on rapporte quelquefois l'infiltration parenchymateuse de la cornée à des troubles de la menstruation ; l'existence de l'iritis métritique est d'ailleurs admise. Cette explication de l'état morbide oculaire n'a pas toujours un fondement très solide mais pratiquement les soins donnés aux organes génitaux ont une heureuse influence sur l'évolution de la kératite.

J'en dirai autant des extractions de dents cariées, le fait que la guérison oculaire suit le traitement de l'affection buccale est bien démontré par les deux observations inédites de M. Aubineau que je rapporte plus loin. Ces deux cas sont en tout semblables à ceux publiés par Galezowski (2) et Despagnet (3).

(1) Terrien. *Arch. d'opht.* XX. 1900, p. 451.

(2) Galezowski. in *Thèse Desvaux*.

(3) Despagnet. *Soc. d'opht.*

Il ne faut pas craindre d'ailleurs, dans l'état actuel de nos connaissances, de rester indécis sur l'origine d'une kératite parenchymateuse, aussi bien faut-il, dans beaucoup de cas, en matière de traitement général, procéder par tâtonnements et essais successifs.

Pour résumer cette trop longue discussion étiologique, je dirai qu'il est bien difficile d'établir le diagnostic causal au seul aspect objectif si variable des kératites parenchymateuses. On reconnaît la cause des infiltrations interstitielles de la cornée en faisant un examen général et en recherchant les commémoratifs.

C'est à la syphilis héréditaire qu'il faut croire avant tout ; ce sont ses traces qu'il faut chercher sans se lasser et à plusieurs reprises.

Si elle manque, penser à la lèpre facilement reconnue, et à la tuberculose rare.

On peut ensuite admettre l'origine rhumatismale.

La dernière catégorie de faits comprend les infiltrations parenchymateuses du paludisme des maladies infectieuses et des états dystrophiques mal caractérisés. Ce sont diagnostics de pis-aller, qui sont parfaitement légitimes dans certains cas, mais qu'il ne faut faire que par exclusion.

CHAPITRE IV

Essai d'interprétation pathogénique

« Pour s'instruire il faut nécessairement raisonner sur ce que l'on a observé, comparer les faits et les juger par d'autres faits qui servent de contrôle. »

CLAUDE BERNARD. (*Introduction à l'Etude de la Médecine expérimentale*, 1865, p. 30.)

Puisque la kératite interstitielle est un syndrome, ce syndrome est la manifestation clinique d'un état anatomique général, et il est intéressant de rechercher dans quelles conditions et comment s'établit cet état anatomique.

Je ne prétends pas résoudre ce difficile problème de pathogénie, je voudrais seulement appliquer au cas particulier de l'infiltration parenchymateuse de la cornée les notions aujourd'hui acquises de la Pathologie générale.

En discutant les faits cliniques étudiés dans la première partie de ce travail, je vais envisager, successive-

ment, chez les malades atteints de kératite interstitielle :

- 1° L'existence d'une toxémie atténuée;
- 2° La façon dont cette toxémie réalise l'opacification de la cornée.

I

On reconnaît aux toxémies, dont la notion domine aujourd'hui la pathologie, deux grands facteurs : l'infection et l'auto-intoxication.

Chez tous les sujets porteurs de kératites interstitielles, il est possible de retrouver, je crois, l'influence de ces deux facteurs isolés ou combinés.

A. *L'infection* est absolument démontrée dans quelques cas. Chez un tuberculeux, Zimmermann (1) reconnaît l'existence du bacille de Koch, dans les yeux atteints d'infiltration parenchymateuse de la cornée. Von Hippel (2) a montré que l'on trouve anatomiquement des cellules géantes, entourées d'éléments épithélioïdes ; ce peut être un processus de défense général, mais il acquiert une grande valeur du fait de la découverte de Zimmermann.

Dans la lèpre, on trouve également le microbe. Franke (3), qui a examiné histologiquement trois globes oculaires atteints de kératite, a trouvé de nombreux

(1) Zimmermann. *Von Graef's Arch.* XLI, t. 1, p. 215-234.

(2) Von Hippel. *Von Graef's Arch.* 1896.

(3) Franke. 9^e Congr. int. d'opht. Utrecht. 1899.

bacilles de Hansen dans la cornée, la racine de l'iris et les parties antérieures de la sclérotique.

Chez les convalescents de maladies infectieuses, telles que la grippe ou la blennorrhagie et qui ont une infiltration cornéenne, l'existence d'un germe pathogène est certaine.

La connaissance de l'hématozoaire de Laveran nous permet encore de classer les kératites des paludéens parmi celles où l'infection ne saurait être mise en doute.

Dans d'autres cas cette Infection est infiniment probable. La cause efficiente de la syphilis est encore inconnue mais il est très vraisemblable qu'on la pourra définitivement ranger, un jour, parmi les maladies d'origine microbienne.

De même le rhumatisme. A ce sujet on peut, d'ailleurs, se demander, comme l'a fait Parinaud à propos des névrites optiques, s'il ne s'agit pas souvent chez nos malades, « d'états rhumatoïdes caractérisés par des douleurs musculaires ou articulaires, se déplaçant facilement et subissant l'action du refroidissement qui sont dus à des infections d'origine diverses. »

La Fièvre Zoster semble bien, suivant la conception de Landouzy, un état général infectieux, et ici encore nous retrouvons avant ou au cours du zona ophtalmique l'opacification parenchymateuse de la cornée.

Stern (2) cite le cas d'un jeune homme de 18 ans qui

(1) Parinaud. *Journ. de Med. et de Chir. pratiques*, 10 juillet 1896.

(2) Stern. *Klin. Monatsbl. f. Augen*. 1897.

eut une double kératite interstitielle après une revaccination.

On pourrait peut-être expliquer certains faits par une infection d'origine utérine ou d'origine dentaire.

La pathologie animale montre encore l'importance de l'Infection dans l'Etiologie des kératites parenchymateuse.

Pflüger (1), a observé l'apparition d'opacifications cornéennes chez des chèvres atteintes d'agalaxie infectieuse. fièvre mycosique rhumatismale. Sur trente chèvres six seulement furent épargnées. La maladie commençait par un arrêt de la sécrétion lactée puis apparaissait une kératite diffuse ; après une ou deux semaines se produisait une localisation articulaire.

Wagenman (2) et Hennieke (3) ont de même observé chez les ours des cas épidémiques.

Rayer (4) a vu la kératite se produire chez le cheval et Haltenhoff (5), l'a étudiée chez le chien. Chez ce dernier animal elle succède à un état infectieux. M. Poulard, m'a rapporté le cas d'un jeune chien de huit mois, qui au cours d'une maladie assez longue, caractérisée par de la fièvre et du catarrhe oculo-nasal, eut, pendant huit jours, une opacification complète franchement interstitielle et sans lésions épithéliales des deux cornées. L'éclaircissement fut complet. Ces faits ne sont pas rares au

(1) Pflüger. *Soc. d'opht. d'Heidelberg*. Août, 1896.

(2) Wagenman. *Soc. d'opht. d'Heidelberg*, 1898.

(3) Hennieke. *id.*

(4) Rayer. *id.*

(5) Haltenhoff. *Zeitsch. f. Vergleich, Augenheilk.* Octobre, 1880.

dire des vétérinaires et on en trouve un, analogue, cité dans la Thèse de Gandar. (1)

Tous les germes connus ou inconnus, quelle que soit leur localisation, agissent surtout par leurs produits solubles, il est donc logique de penser que la toxémie déterminée par les infections que je viens de signaler, joue un rôle direct ou indirect dans l'opacification de la cornée.

B. — *L'auto-intoxication* paraît prédominante chez certains malades. Despagnet (2) a montré à la Société d'ophtalmologie, en 1893, un dyspeptique très cachectisé, qui présenta de l'infiltration des cornées sans grande réaction. L'éclaircissement coïncida avec le traitement et la guérison des troubles gastriques. Ce fait est à rapprocher de l'existence des fermentations stomacales dans les dermatoses et de la tétanie des dyspeptiques.

Dubois de Lavigerie (3) a rapporté le cas d'un cycliste qui, à la suite d'une course de fond extrêmement prolongée, eut une opacification temporaire des deux cornées, laquelle dura peu de jours et guérit complètement. Le rôle des produits organiques de désassimilation paraît manifeste dans cette curieuse observation.

Les kératites interstitielles apparaissent parfois, nous l'avons vu, chez les femmes enceintes et les nourrices qui sont des auto-intoxiquées relatives. Les recherches de Tarnier et de Chambrelent, de Bouchard et de ses élèves ont montré la toxicité de leurs humeurs. Cette toxicité tient sans doute à l'élaboration des nombreux

(1) Gandar. *Thèse*, Lyon.

(2) Despagnet. *Soc. franc. d'oph.*, 1893.

(3) Dubois de Lavigerie. *Soc. d'oph.*, 1875.

poisons qui se produisent pendant la grossesse, à la fatigue de la cellule hépatique, si bien mise en lumière par Pinard. Elle peut tenir aussi à la suppression du flux menstruel, voie d'élimination sinon de germes infectieux, comme le veulent Biedl et Krauss, du moins de leurs produits solubles. L'absence prolongée des règles de la malade de l'observation XXXVIII qui allaitait depuis 22 mois, n'a-t-elle pas pu faciliter chez elle une légère auto-intoxication? La même hypothèse serait de mise au sujet des troubles cornéens de la ménopause.

Il y a peut-être lieu de tenir compte, dans ces cas, de la modification des sécrétions internes que l'on s'accorde à reconnaître aux glandes génitales.

Le rôle des sécrétions internes apparaît chaque jour plus considérable et leurs troubles peuvent modifier l'état de la cornée. L'expérimentation l'a démontré. Mon maître, M. Rochon Duvigneaud (1) a étudié, avec M. le professeur agrégé Gley, les altérations oculaires de trois chiens thyroïdectomisés :

« Le premier était un jeune chien bull, du poids de
« neuf kilogrammes, sur lequel avait été pratiquée, le
« 1^{er} février 1893, l'extirpation de la glande thyroïde
« avec conservation des glandules para-thyroïdiennes.
« Un mois environ après l'extirpation des glandules faite
« le 10 mai, il devient cachectique, c'est le 8 juillet que
« l'opacité cornéenne a été constatée sur l'œil droit ; le
« 19 juillet on note un léger trouble sur la cornée du

(1) Gley et Rochon Duvigneaud, *Archiv. de physiol.*, 1894.

« côté gauche. La cornée droite est complètement
« opaque, elle est restée sensible.

« Dans la deuxième observation il s'agit d'un chien,
« d'âge moyen et du poids de 15 kilogrammes, sur lequel
« l'ablation du corps thyroïde avait été faite d'abord,
« puis celle des glandules. L'animal, vingt-six jours
« après la seconde opération, devint abruti, fut pris de
« vomissements et d'anorexie et mourut paralysé en six
« jours ; l'opacité de la cornée à droite était absolue, sa
« sensibilité conservée.

« Le troisième cas concerne un petit chien des rues,
« du poids de 6 kilogrammes, adulte, qui fut thyroïdec-
« tomisé le 11 mars 1893. Le 20 mars il était pris de
« vomissements ; on constate aussi quelques secousses
« musculaires. Le 21, les secousses sont plus fortes :
« albumine dans les urines, traces de sucre. La cornée
« du côté gauche est opaque ; dans l'après-midi, con-
« tractions violentes de tous les muscles. Le même jour
« on lui fait une injection intra-péritonéale de liquide
« thyroïdien après laquelle il se rétablit. Le 23, les acci-
« dents convulsifs reparaissent ainsi que l'albumine dans
« les urines ; sur l'œil droit on constate un peu d'opa-
« cité. Le 24, l'opacité des deux cornées est absolue ; la
« sensibilité est conservée quoique un peu diminuée
« peut-être... L'animal meurt le 29. »

Les cornées de ces trois chiens étaient d'un blanc opaque comme de la porcelaine avec les stries perpendiculaires les unes aux autres qui caractérisent l'existence de l'œdème à ce niveau. L'aspect était celui de la kératite interstitielle, mais il n'y avait pas de vascularisation.

Anatomiquement il y avait une infiltration leucocytaire abondante sans réaction des cellules fixes.

Les opérations de Reverdin et Köcher, les travaux de Gley, Moussu, Schiff, Baumann ont bien mis en lumière le rôle de la sécrétion interne du corps thyroïde et des para-thyroides dans la nutrition générale. On sait de plus qu'il y a chez les thyroïdectomisés augmentation de la toxicité du sérum.

Grandclément a publié l'histoire d'une jeune fille hérédo-syphilitique et myxœdémateuse qui eut une kératite interstitielle, c'est en partie la confirmation clinique des faits expérimentaux que je viens de rappeler.

L'auto-intoxication est encore évidente chez le chien rendu diabétique par extirpation du pancréas dont Gley et Terson (2) ont rapporté l'observation à la Société de biologie. Ce chien qui, depuis trois mois, éliminait 70 à 110 grammes de glycose par jour et qui avait énormément maigri, eut une double kératite diffuse en tout semblable à celles des chiens thyroïdectomisés.

Chez plusieurs malades, comme dans quelques faits expérimentaux, il faut donc admettre l'influence de l'auto-intoxication sur l'opacification parenchymateuse de la cornée, mais s'agit-il d'une action directe des humeurs de l'organisme? Au point de vue théorique, il n'y a pas de raison pour refuser aux poisons albuminoïdes complexes dont se débarrasse la cellule vivante, la même activité que l'on reconnaît aux produits microbiens.

(1) Grandclément. *Annal. d'ocul.*, 1899, 2^e sem. p. 274.

(2) Gley et Terson. *Bull. de la Soc. de biologie*, 1894. *

Le professeur Armand Gautier n'a-t-il pas montré clairement les analogies qui existent, au point de vue chimique, entre les germes infectieux et les cellules de nos tissus et n'est-on pas frappé de la similitude des accidents produits par les poisons de l'organisme et par ceux d'origine bactérienne ?

Il est logique cependant de penser que les auto-intoxications ne sont que des causes prédisposantes et que chez les dyscrasiques les nombreux germes cantonnés dans l'économie sur la peau et les muqueuses profitent de la défaillance de l'organisme soit pour produire des toxines que la circulation diffuse, soit pour franchir les téguments. On connaît bien la prédisposition spéciale des diabétiques aux infections et Gley et Charrin ont montré que les lapins partiellement thyroïdectomisés sont moins résistants à certaines maladies infectieuses.

L'existence de l'infection, même chez les auto-intoxiqués, paraît d'autant plus vraisemblable que l'on connaît mieux chaque jour la fréquence de la mise en jeu de germes mal caractérisés et la rareté des germes véritablement spécifiques.

En résumé, on est en droit de supposer que chez tous les malades porteurs de kératites interstitielles il existe une toxémie, à la création de laquelle participent l'infection et l'auto-intoxication. La première joue le rôle le plus important mais souvent toutes les deux se combinent : « Dans une foule d'états morbides on chercherait en vain, dit Charrin (1), la participation du seul mi-

(1) Charrin. *Défenses de l'organisme*. Collège de France, 1879-1898. Page 8.

crobe et il faut attribuer un grand rôle aux cellules vivantes et à leurs produits. » Cela est particulièrement vrai des toxémies qui nous occupent.

La clinique nous a d'ailleurs montré qu'il s'agit de toxémies atténuées.

II

Malgré la rareté des examens anatomo-pathologiques, on sait qu'il y a dans la kératite interstitielle accumulation dans les espaces lymphatiques de la cornée d'éléments leucocytaires, plus ou moins modifiés, à contenu granulo-grasieux.

Cette infiltration cellulaire siège principalement dans les couches postérieures ; la classique préparation de Nordenson, figurée dans presque tous les traités d'ophtalmologie, le montre nettement.

Dans l'examen histologique des cas expérimentaux dont j'ai parlé, Gley et Rochon-Duvigneaud (1) ont constaté une infiltration cellulaire, occupant surtout les couches superficielles de la cornée et la partie antérieure du tractus uvéal. Les cellules infiltrées étaient des leucocytes, reconnaissables à leurs noyaux plurilobés ou multiples. Il n'y avait pas de réaction des cellules fixes de la cornée et il en est vraisemblablement de même chez l'homme, au moins dans les cas qui se terminent par éclaircissement complet.

(1) Gley et Rochon-Duvigneaud, *loc. cit.*

C'est donc une infiltration leucocytaire, encombrant les espaces lymphatiques et détruisant le parallélisme des fibres cornéennes qui amène l'opacification, mais comment se produit l'accumulation des leucocytes dans la cornée ?

On a pensé que la stase lymphatique était consécutive à l'imbibition de la cornée par l'humeur aqueuse à la suite de la destruction de l'endothélium. Baerri (1) a même cru pouvoir reproduire expérimentalement de cette façon la kératite parenchymateuse. Wagenmann (2) a constaté, anatomiquement, que derrière certaines opacités le revêtement endothélial fait défaut et Schultze (3), qui a publié un cas d'iritis tuberculeuse avec kératite interstitielle, croit que les toxines apportées dans la chambre antérieure altèrent l'endothélium.

Cette théorie pathogénique de la kératite parenchymateuse est en contradiction avec plusieurs faits cliniques ou anatomiques.

L'endothélium est sain dans beaucoup de cas d'infiltration leucocytaire de la cornée, au début du moins. Von Hippel Junior (4), qui s'est attaché à diagnostiquer l'état de la face profonde de la cornée, par les instillations de fluorescéine, a vu que la kératite qui débute sur les bords de la cornée ne commence pas par une altération endothéliale. On n'obtient pas en effet dans ce cas la fixation profonde de la matière colorante, qui serait

(1) Baerri. *Thèse*, Bâle, 1895.

(2) Wagenmann. *Soc. ophtalm. d'Heidelberg*, 1898.

(3) Schultze. Cité par Zimmermann, *Arch. Vom Graefe*. XLIV.

(4) Von Hippel Junior. *Soc. opht. d'Heidelberg*, août 1898.

caractéristique de cette altération. Il est vrai que la chute de l'endothélium semble précoce dans la kératite à début central, mais on voit qu'elle n'est ni constante ni générale. Scheffels (1) a fait les mêmes constatations que von Hippel.

L'action des toxines n'est, du reste, pas fatalement destructrice de l'endothélium : Nüel (2), dans un cas de tuberculose de l'iris, a trouvé l'endothélium proliféré, mais pas de cellules géantes dans la cornée, il en conclut qu'il ne peut y avoir pénétration de celle-ci par la chambre antérieure, dans la tuberculose tout au moins.

La destruction de l'endothélium produit un œdème de la cornée et son opacification, mais non la kératite parenchymateuse. Tous les opérateurs connaissent les troubles cornéens passagers qui suivent certaines extractions de cataracte.

On peut déterminer cet œdème chez les animaux, je l'ai fait avec M. Opie. Nous avons, après éthérisation, ouvert très aseptiquement à la pique la chambre antérieure d'un lapin, puis détruit avec une fine curette la plus grande partie de l'endothélium. Le lendemain, l'opacification était complète, mais dura peu. Quatre jours après, il n'existait plus qu'une très légère opacité centrale de 2 à 3 millimètres de diamètre explicable sans doute par la profondeur des lésions destructrices en un point où s'étaient entrecroisés tous nos coups de curette.

(1) Scheffels, *Id.*

(2) Nüel in Norris et Oliver. *Syst. of the diseases of the eye.*, IV.

Toutes ces considérations indiquent bien que la destruction endothéliale n'est ni nécessaire ni suffisante à la production de l'infiltration leucocytaire de la cornée. Cette infiltration me paraît comporter une explication beaucoup plus générale.

L'apport des toxines se fait par les vaisseaux et l'infiltration cornéenne est un trouble circulatoire banal, analogue à ce qui se voit dans le voisinage de tout territoire vasculaire enflammé ; l'analogie est complète entre la stase cornéenne et les autres accumulations de sérosité et l'afflux des leucocytes n'est qu'un phénomène secondaire. La clinique, l'anatomie pathologique et l'expérimentation peuvent appuyer cette interprétation pathogénique, elle a de plus le mérite de n'être que l'application d'une loi générale.

Les observations et l'étude clinique ont montré l'importance des réactions vasculaires dans la kératite interstitielle. L'injection péri-kératique est constante au début chez tous les malades.

L'iritis et la choréïdite constantes sont très souvent reconnues cliniquement. Chez les syphilitiques la preuve est faite, par l'examen de la pupille et du fond de l'œil. La malade de l'observation X, qui présentait des gommes du limbe, prouve que la maladie ne siège pas seulement dans la cornée.

Il y a lieu de se demander si ce qui est évident dans les kératites syphilitiques n'existe pas également toujours dans les autres cas. Cela est infiniment probable, Bach (1).

(1) Bach. *Arch. f. Augenheilk.* Bd. XXVIII, 1894.

chez un tuberculeux, et Parinaud (1), chez un rhumatisant, tous deux non syphilitiques et porteurs de kératites parenchymateuses, ont trouvé une choroïdite disséminée. Ma malade de l'observation XXXVII présentait des taches pigmentaires de la périphérie du fond de l'œil et l'on peut, à son sujet, poser la question de savoir si l'infection qui a produit cette légère choroïdite était la syphilis. Terson (2) se demandait de même si les altérations oculaires étudiées par Antonelli reconnaissent une origine unique.

Quoiqu'il en soit, la clinique prouve la fréquence de l'uvéite antérieure et Fuchs, Vossins, Wagenmann, Von Hippel croient qu'elle précède toujours l'affection cornéenne.

Les variations du tonus sont une dernière preuve clinique de l'existence de l'uvéite.

Les examens anatomo-pathologiques confirment cette manière de voir. On a trouvé dans certains cas de l'artérite ciliaire, Zimmermann (3) et Schultze (4) ont, dans la tuberculose, trouvé des altérations des vaisseaux avec prolifération de la tunique interne allant jusqu'à l'obturation de leur lumière. Dans le cas de Von Hippel, la choroïde était infiltrée de cellules géantes et Bach (5), Bongartz (6) ont trouvé des tubercules du corps ciliaire et du ligament pectiné près d'une cornée opacifiée mais ne présentant pas de lésions tuberculeuses.

(1) Parinaud. *Bull. de la Soc. d'opht.* 1883 84.

(2) Terson. *Arch. d'opht.* XVII. 1897. C. R. de Thèse d'Antonelli.

(3) Zimmermann. *Arch. von Graefe* XLIV.

(4) Schultze. Cité par Zimmermann.

(5) Bach. *loc. cit.*

(6) Bongartz. *Inaug. Diss.* Wurzburg. 1891.

Toutes les autopsies de kératite parenchymateuse de Meyer, Fuchs, Henneke ont montré la constance de l'uvéite. Anatomiquement ce sont donc les vaisseaux qui sont malades, c'est la tunique vasculaire qui est atteinte dans son segment antérieur.

S'il en était besoin l'expérimentation viendrait encore prouver l'importance des troubles circulatoires du segment antérieur dans la production de l'infiltration leucocytaire de la cornée. La ligature des veines vorticineuses (Köster), la section de la plus grande partie des vaisseaux ciliaires (Wagenmann) amènent l'apparition d'une kératite parenchymateuse.

En résumé, on peut conclure avec Stellvag :

« La kératite parenchymateuse ne doit pas être considérée comme une entité morbide, mais comme un épiphénomène dans un processus englobant au moins toute la région uvéale antérieure, et souvent toute la choroïde et les organes adjacents. »

Il est possible que dans certains cas l'infiltration cornéenne résulte même de simples troubles circulatoires d'origine vaso-motrice. On connaît en effet l'action des toxines sur la circulation. Les unes sont vaso-constrictrices. Bouchard, Charrin et Gley l'ont montré avec la toxine du pyocyanique ; les autres sont vaso-dilatatrices, comme l'ont indiqué Morat, Arloing et Courmont en étudiant celle du staphylocoque doré. Cette stase lymphatique par vaso-dilatation du territoire uvéal expliquerait l'infiltration cornéenne dans le zona et cette

(1) Abadie. *Annal. d'ocul.*, 1900, 1^{er} semestre.

explication concorderait avec l'ingénieuse théorie qu'Abadie a donnée du zona ophtalmique. En se basant sur la localisation de l'éruption dans le territoire de l'ophtalmique, sur l'intégrité des territoires maxillaires il pense en effet que le zona est d'origine vasculaire dû à l'irritation du sympathique vaso-moteur de la région.

Il est donc logique de ne voir dans l'infiltration parenchymateuse de la cornée qu'un phénomène analogue à tous ceux qui se produisent dans le voisinage des territoires enflammés. On peut admettre qu'une vaso-dilatation primitive détermine une circulation plus lente, plus abondante, un élargissement possible des interstices intercellulaires, une sortie plus aisée pour les plasmas et pour les leucocytes.

Ce qui ailleurs passerait inaperçu devient manifeste dans cette véritable chambre claire qu'est la cornée. Les leucocytes, en vertu sans doute de lois chimiotactiques mal connues, séjournent à son intérieur et elle devient ainsi, comme le dit Horner un miroir où se voient les troubles profonds.

Ce ne sont là, sans doute, que des considérations en partie hypothétiques. J'ai tenu à les formuler pour montrer que le syndrome kératite interstitielle, manifestation clinique générale, pouvait s'expliquer de façon également très générale.

NOTE

Les 43 observations suivantes sont ainsi classées :

Kératites interstitielles chez des hérédo-syphilitiques.....	7
— chez des syphilitiques non héréditaires.....	10
— chez des scrofulo-tuberculeux.....	8
— chez des rhumatisants.....	6
— dites « d'origine dentaire ».....	2
— consécutive à la blennorrhagie....	1
— à étiologie incertaine.....	6
— accompagnant le zona ophtalmique.....	3

39 de ces observations sont inédites ; 13 me sont personnelles et ont été recueillies à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Presque toutes ont été rapportées *in extenso*. Malheureusement la lenteur d'évolution des kératites interstitielles empêche d'assister chez tous les malades à l'éclaircissement complet de la cornée ou à l'installation définitive d'une opacité. J'ai cru qu'il était, néanmoins, utile de publier, ici, tous les cas qui présentent de l'intérêt soit au point de vue symptomatique, soit au point de vue de l'enquête étiologique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle). (1)

Kératite interstitielle. Récidive longtemps unilatérale chez une jeune fille probablement herédo-syphilitique.

Mlle D..., 19 ans, institutrice, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 4 mai 1903.

Dans les derniers jours de mars, son œil gauche a rougi, sans douleur ; le 12 avril, il était très rouge et comme voilé par un brouillard.

A la fin d'avril, elle a éprouvé quelques élancements orbitaires et péri-orbitaires et l'acuité visuelle a encore baissé.

Examen. O. G. La conjonctive est assez fortement injectée ; il existe, à la partie interne du globe, cinq ou six gros vaisseaux, particulièrement volumineux.

L'injection péri-kératique marquée est surtout nette dans le tiers interne, où l'on voit un gros croissant, violacé, à fines stries radiées.

Cornée. L'épithélium est intact et miroitant. Dans le quart interne, il existe une sorte de triangle opaque, à base limbique latérale, à sommet para-central, à bords flous, mal limités. L'infiltration vue, à l'éclairage oblique, est constituée par la confluence de petits amas grisâtres, plus serrés et plus abondants à la partie inférieure du triangle.

(1) Cette m'a été envoyée par mon ami Mettèy.

On ne voit pas de vaisseaux à ce niveau.

Les trois quarts externes de la cornée sont transparents, on peut examiner l'iris et le fond d'œil, qui paraissent absolument normaux. $V = 1/2$ O. G. normal. $V = 2/3$.

Etat général: bon, dents superbes, diminution de l'acuité auditive, sans lésion constatable

Antécédents personnels. — Cette jeune fille est accompagnée par sa tante, femme intelligente: on a de la sorte des renseignements très complets sur les antécédents. Ils sont assez chargés: la malade, nourrie au biberon, était assez bien portante pendant sa première enfance, elle avait seulement de fréquents coryzas; à 5 ans, fièvre typhoïde; à 6 ans on s'est aperçu que la malade avait du strabisme convergent, on lui a fait porter une louchette et des lunettes pendant 2 ans et elle a cessé de loucher; à 10 ans, des taies (?) se sont développées sur les deux yeux, sans douleurs et sans rougeurs, on s'en est aperçu incidemment. Il s'agit très vraisemblablement d'une première poussée de kératite interstitielle, double, qui n'a pas laissé de traces. A 12 ans, elle aurait eu de la gravelle urique pour le traitement de laquelle on lui a fait prendre du carbonate de lithine; à 12 ans $1/2$, elle a eu une hydarthrose du genou droit. Régliée à 14 ans, elle s'est relativement bien portée jusqu'à la fin de l'année dernière. En décembre 1902 elle s'est aperçue que son acuité auditive diminuait petit à petit et des deux côtés. Elle a été soignée par M. Castex, qui lui a enlevé un polype du nez.

Après cette intervention, il y a eu amélioration de la surdité.

Antécédents héréditaires. — Le père, âgé de 49 ans est extrêmement goutteux, la mère, morte albuminurique, n'avait pas fait de fausse-couche et n'avait eu que cette fille unique, mais elle a souffert d'une iritis à l'âge de 35 ans.

Quoique l'état général de la malade paraisse bon, l'iritis, dont sa mère a souffert, la première poussée de kératite parenchymateuse survenue à 11 ans, l'hydarthrose du genou, la diminution progressive de l'acuité auditive, insuffisamment

expliquée par l'existence d'un polype et incomplètement guérie après son ablation me font porter le diagnostic d'héredo-syphilis.

Traitement. — Compressez chaudes, atropine et frictions.

La malade revient consulter 15 jours après, il y a de la photophobie et du larmolement.

La conjonctive est très rouge et abondamment injectée ; il existe quatre pinceaux vasculaires, très larges, les deux plus petits en haut et en bas, les deux plus volumineux à la partie interne et à la partie externe du globe.

Le cercle d'injection périkeratique est surtout net en bas et en dedans.

L'épithélium cornéen paraît conservé et intact, quoique légèrement picoté en dedans.

L'infiltration cornéenne est maintenant diffuse ; il existe partout des ilots grisâtres, à bords flous, mais ils sont particulièrement confluent et volumineux à la partie interne et inférieure. La partie tout à fait supérieure et externe a, pourtant, conservé une transparence relative.

La vascularisation est maintenant bien nette dans la zone primitivement opacifiée.

Partant du limbe existent profondément de fins vaisseaux très exactement parallèles, serrés les uns contre les autres ; ceux qui occupent le méridien horizontal ou son voisinage s'avancent davantage vers le centre de la cornée, on les voit déjà envoyer quelques ramifications en balai.

Le fond d'œil du côté opposé est de nouveau examiné, je le trouve normal, l'examen général ne révèle encore, quoiqu'il soit fait très complètement et très prolongé, aucun autre stigmatisme que la diminution de l'ouïe qui me paraît plus considérable : Aucune lésion auriculaire constatable.

Le traitement général est continué.

Septembre 15. — Je n'ai pas revu cette jeune fille, mais j'ai

appris par sa tante que l'infiltration cornéenne de l'œil gauche ne s'était guère modifiée.

L'état de l'audition est le même.

OBSERVATION II (Personnelle)

*Kératite interstitielle hérédo-syphilitique chez un homme
de 28 ans.*

P. Z.... garçon de ferme, 28 ans, vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, le 27 juillet 1903 ; la vue avait toujours été faible, et, au conseil de revision, cet individu avait été réformé pour myopie, mais il n'avait, dit-il, jamais eu mal aux yeux, à proprement parler.

Dans les derniers jours de juillet, l'œil droit s'est progressivement voilé, depuis lors, le malade ne souffre pas, supportant bien la lumière, mais il a eu un brouillard devant l'œil.

Examen. — Conjonctive normale. Injection péri-hératique très légère, du côté nasal. Cornée. L'épithélium ne présente pas d'ulcération ; il a un aspect chagriné. Dans la moitié interne, nasale, de la cornée, existe une infiltration profonde, de coloration gris-bleuâtre à l'éclairage oblique, d'aspect finement granité, assez uniforme, avec pourtant, quelques points plus opaques à la partie inférieure ; le tiers externe de la cornée est transparent, l'examen le plus attentif, fait à la lampe, ne permet pas de découvrir de vaisseaux ni superficiels, ni profonds.

L'iris paraît, dans sa moitié externe du moins, de coloration normale ; la pupille se dilate bien sous l'influence de l'atro-

pine. Le fond d'œil est difficilement visible, le tonus est normal.

O. G. Les milieux sont parfaitement transparents, le fond d'œil, après dilatation à l'atropine; montre l'existence d'une choroïdite diffuse. La papille a des vaisseaux petits et présente un croissant nasal.

Etat général. — L'ouïe est normale, mais les dents cylindriques sont petites, usées, jaunâtres et séparées les unes des autres, la voûte du palais est légèrement ogivale, il existe des cicatrices linéaires aux deux commissures labiales; pas de déformation du squelette, pas d'arthropathie.

Antécédents personnels. — Ce garçon dit n'avoir jamais été malade.

Antécédents héréditaires. — Le père était atteint d'une maladie nerveuse (tabes) et s'est suicidé; la mère, morte d'un cancer, n'avait jamais fait de fausse-couche, mais a perdu de nombreux enfants en bas âge. Le malade est né après les décès de ses frères et sœurs, il a encore deux frères vivants, plus jeunes que lui, dont l'un a eu la chorée.

Traitement. — Frictions mercurielles, iodure de potassium, atropine et compresses chaudes.

10 septembre. — L'infiltration cornéenne s'est légèrement étendue, de fines élevures épithéliales se sont produites à son niveau, il n'y a pas encore de trace de vascularisation. Le traitement est continué.

OBSERVATION III (personnelle)

Kératite interstitielle double, hérédo-syphilitique récidivant après éclaircissement incomplet.

Mlle Berthe B..., 21 ans, parfumeuse, se présente le 2 septembre 1903 à l'Hôtel-Dieu. Elle a eu, dit sa mère, une double

kératite interstitielle il y a 4 ans. Les cornées avaient repris une transparence suffisante pour le travail. Depuis le mois de juillet le brouillard s'est épaissi devant les deux yeux.

Examen. — O. D. Conjonctive normale : Peu d'injection péri-kératique. L'épithélium cornéen est lisse : le parenchyme présente dans la moitié inférieure et le centre de la cornée une infiltration diffuse, grisâtre sur le fond uniforme de laquelle se détachent de gros points, d'un blanc jaunâtre, irrégulièrement disséminés et peu confluent. La partie supérieure de la cornée est transparente. A un fort grossissement on voit des vaisseaux rares, très fins, à ramifications parallèles au tronc principal n'atteignant pas le centre et situés dans les profondeurs de la cornée. L'iris semble normal ; la pupille se dilate bien, le fond d'œil est inéclairable. V = 1/50

O. G. L'œil gauche est semblable à l'œil droit : de ce côté cependant, la cornée est envahie par une infiltration plus diffuse, dense surtout à la moitié supérieure, d'aspect plus finement granité, Les vaisseaux sont aussi plus nombreux.

L'acuité visuelle est sensiblement la même. V = 1/50

Etat général. — L'aspect de la malade, ses dents, petites, isolées les unes des autres, les rhagades des commissures labiales, la voûte du palais ogivale, la surdité légère, l'existence récente d'une hydarthrose soignée et guérie par des piqûres mercurielles ne laissent aucun doute sur l'hérédos-spécificité.

Les *antécédents héréditaires* ne présentent cependant pas de choses intéressantes à noter.

La mère n'a pas fait de fausse couche et la malade est l'aînée de onze enfants vivants mais chétifs.

Traitement. — Frictions mercurielles ; iodure de potassium, massages répétés de l'œil avec la pommade jaune.

OBSERVATION IV (personnelle).

Kératite interstitielle double hérédosyphilitique.

Mme A..., 49 ans 1/2, vient à l'hôpital le 22 juin 1903.

Depuis décembre 1903, la vue des deux yeux, du gauche principalement, est voilée. Elle a une légère photophobie et du larmolement.

Examen. — O. G. La conjonctive est très vascularisée ; à la partie supérieure et à la partie inférieure du bulbe existent de volumineux pinceaux vasculaires ; en dedans et en dehors la rougeur fait relativement défaut.

Il y a une forte injection péri-kératique, moins marquée en dehors que dans les trois quarts supérieur, interne et inférieur.

Cornée. L'épithélium est intact mais il existe dans toute l'épaisseur du parenchyme une infiltration grisâtre, qui dessine deux zones distinctes, l'une, périphérique, plus transparente laisse entrevoir l'iris. L'autre, centrale, plus opaque, a un aspect grossièrement quadrangulaire à bords irréguliers et flous.

Cette infiltration a un aspect granité. Au niveau du limbe, surtout en haut, on voit de fins vaisseaux profonds, qui pénètrent l'opacité. Cette même vascularisation profonde existe en bas et en dehors, mais il y a de plus, du côté nasal, un gros pinceau de vaisseaux sous-épithéliaux superficiels.

La chambre antérieure semble de profondeur normale. La pupille se dilate bien, quoique lentement, sous l'influence de l'atropine. Fond de l'œil inéclairable.

O. D. La conjonctive est rouge avec des pinceaux vasculaires en haut et en bas. Légère injection péri-kératique.

La cornée, transparente dans ses trois quarts supérieurs, présente seulement en bas quatre ou cinq opacités nettement interstitielles, blanchâtres et mal limitées.

Il n'existe pas dans la cornée de vaisseaux superficiels mais on voit de petits filets vasculaires rosés, profonds, ramifiés en balai.

L'iris se dilate bien. Le fond de l'œil est difficilement visible. ODV = 1/10.

Etat général. — La malade a un aspect chétif, un faciès scrofuloux, porte au cou de nombreux ganglions non suppurés, dents petites usées; voûte du palais ogivale, diminution de l'ouïe légère mais sans lésions objectives, pas d'arthropathies.

Il existe à la partie antérieure de la trachée cervicale une tuméfaction en forme de fer à cheval, qui suit les mouvements d'abaissement et d'élévation du conduit aérien. Cette tuméfaction est nettement thyroïdienne. Le pouls est à 92 et il existe une dysphonie légère.

La malade dit que, depuis quatre ans, elle a un tenia, dont on n'a pas pu la débarrasser, et attribue à la présence de ce parasite son état manifeste de dénutrition.

On ne trouve pas de lésions des viscères

Antécédents personnels. — Cette personne a eu une enfance malade; réglée à 11 ans, elle s'est mariée à 16 ans et a eu à 17 ans une petite fille qui est chétive et mal portante.

Antécédents héréditaires. — Pendant un premier mariage, la mère a contracté la syphilis, a eu trois grossesses. La première, terminée par un avortement; la deuxième, enfant mort-né, à terme; la troisième, enfant mort deux jours après sa naissance.

Elle s'est remariée immédiatement et a eu cinq enfants. Les trois aînés sont morts très jeunes. Le quatrième est notre malade; le cinquième est mort à trois ans.

Récemment, la mère a eu des accidents nerveux paralytiques, probablement d'origine syphilitique.

En présence d'antécédents aussi nets, on institue un traitement général mercuriel et local par l'atropine et les compresses chaudes. On conseille à la malade de se faire débarrasser de son ver solitaire dans un service de médecine.

Je revois la malade au mois de septembre. Les yeux présentent toujours des opacités diffuses et la vascularisation est faible. Le tractus uvéal est intéressé de façon évidente. La malade n'a pas rendu son tœnia. La tuméfaction thyroïdienne a complètement disparu, quoique la malade ne se soit pas traitée.

Sa petite fille est morte au mois d'août, de méningite tuberculeuse.

On fait entrer la malade à l'hôpital pour la soigner, surtout au point de vue général.

OBSERVATION V (Inédite)

(Aubineau)

Kératite interstitielle double. — Troubles auditifs.

Vertiges. — Arthropathie du genou.

Mme G..., 29 ans, forte et bien constituée, mère de quatre enfants bien portants, nous est adressée à l'hôpital, le 7 janvier 1903, avec le diagnostic de « tumeur probable du cervelet ». Une note du confrère qui avait vu la malade nous apprenait « que des altérations de la vision et de l'œil étaient apparues brusquement, il y avait environ deux mois ; que les vertiges bien accentués joints aux troubles de l'équilibre et à l'exagé-

ration des réflexes rotuliens devaient faire songer à une tumeur du cervelet. »

Examen des yeux. — Kératite parenchymateuse de l'œil droit envahissant toute la cornée. Kératite s'accompagnant d'iritis et d'injection périkeratique. A gauche, iritis au début avec trouble de la cornée, qui est une kératite interstitielle commençante.

Douleurs de tête localisées dans la région périorbitaire et semblant être sous la dépendance de l'iritis.

Mme G... me raconte qu'elle entend à peine, qu'elle est surtout gênée par des bourdonnements d'oreille constants, bourdonnements qui lui donnent du vertige et rendent la marche si difficile qu'elle ne peut garder l'équilibre et risque souvent de tomber.

Elle se plaint aussi de douleurs dans le genou gauche. Ce genou la fait souffrir depuis plusieurs années. En raison du diagnostic probable qui avait été posé (tumeur du cervelet) nous confions l'examen général à notre collègue le docteur Lenoble et l'examen des oreilles à notre confrère spécialiste le docteur Bonain.

Examen de l'état général. — Pas de fausses couches, rien n'autorise à croire qu'il y ait eu syphilis contractée.

Examen des différentes fonctions négatif ; pas de malformations dentaires. Sensibilité intacte, réflexes normaux, ni tremblement, ni contractures.

Au niveau du genou gauche, arthrite ancienne qui se traduit par un gonflement articulaire peu accentué. Sensibilité vive à la pression, véritable douleur pendant la marche.

Il n'y a pas de signes de tumeur cérébrale ou cérébelleuse ; les caractères de la céphalagie, l'absence de vomissements, l'apparition simultanée et brusque des symptômes oculaires et auditifs, l'état des réflexes normaux mais qui auraient pu être exagéré par irritation cérébrale, le non-constatation de tremblement et de contractures, tout plaide contre l'hypothèse d'une tumeur cérébrale ou cérébelleuse.

Examen des oreilles, examen proprement dit : Oreille droite manche du marteau immobilisé; oreille gauche, membrane tympanique très rétractée; osselets immobiles.

Audition : Oreille droite, diapason la 3 faiblement perçue; parole très forte comprise presque au contact du pavillon. Sifflet assez bien perçue; oreille gauche, diapason 0. parole 0, sifflet très faiblement perçus.

En résumé, lésions très nettes des oreilles moyennes, ankylose complète des osselets et probablement de l'oreille interne.

Mme G. présente donc une kératite parenchymateuse double qui s'accompagne de troubles auditifs très accentués qui dominent la scène.

Les bourdonnements, le vertige et les troubles de l'équilibre, symptômes d'irritation cérébrale, qui accompagnent la perte de l'ouïe, simulent la maladie de Menière et ont pu faire croire, après un examen superficiel, à une tumeur du cerveau.

La constatation de l'arthropathie du genou est fort intéressante. Ce symptôme accompagne fréquemment la kératite interstitielle héredo-spécifique comme l'a signalé Puech au Congrès de la société française d'ophtalmologie de 1901. Cette arthropatie nous fait croire dans notre cas à une manifestation tardive de la syphilis héréditaire.

Traitement. — Iodure de potassium 6 gr. par jour et frictions mercurielles. Atropine.

Les modifications qui se produisirent dans l'état de Mme G. furent les suivantes :

5 février 1903. — La kératite parenchymateuse se vascularise à droite et commence à disparaître; à gauche, au contraire (œil dernier pris) le trouble envahit toute la cornée. Les douleurs du genou ont considérablement diminué depuis le traitement.

Pas d'amélioration du côté des oreilles, bourdonnements, vertiges, troubles de la marche.

5 mars. — Cornée droite est assez claire pour permettre une certaine vision. Bourdonnements et vertiges ont diminué. Marche plus facile.

5 avril. — La patiente se conduit seule, grâce à la vision de l'œil droit ; cornée gauche se vascularise.

5 mai. — L'amélioration se continue progressivement dans les deux yeux ; elle est relativement beaucoup plus rapide à gauche. Le genou n'est plus le siège de douleurs.

Les vertiges ont disparu et la démarche est maintenant facile.

Mais les bourdonnements ont seulement diminué. Quant à l'acuité auditive, elle ne s'est pas remontée.

Notre dernier examen, qui date du 1^{er} septembre 1903, nous a fait constater que la vision était chiffrable des deux yeux bien que les cornées fussent encore troubles. La marche est redevenue normale, mais la surdité persiste. Le traitement n'a pas été interrompu et est continué (on fait alterner iodure et frictions).

L'intérêt de cette observation réside donc dans l'intensité des troubles auditifs (pseudo vertige de Menière) et la présence d'une arthropathie (syphilitique héréditaire) qui est d'un ap-pui très grand pour ce diagnostic étiologique.

OBSERVATION VI (Inédite)

(Aubineau)

*Kératite interstitielle double chez une herédo-syphilitique
présentant des lésions tertiaires.*

Mlle M..., 23 ans, du Bourg-Blanc, nous est adressée par un confrère de Lannilis, le 15 décembre 1902, avec les renseignements suivants : « La mère a eu autrefois des gommès du

voile du palais, la jeune fille a été récemment soignée pour une ostéite du coude, qui a été guérie par le traitement spécifique et a eu des lésions de la langue qui ont également cédé au traitement. »

Nous constatons une kératite parenchymateuse de l'œil droit ; trouble diffus, prenant toute la cornée ; violentes douleurs d'iritis.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes, biiodure de mercure et iodure de potassium.

Janvier 1903. — La kératite de l'œil droit entre en voie de vascularisation, l'œil n'est plus sensible. A gauche apparaît de l'iritis ; la cornée gauche se trouble, faisant prévoir de ce côté l'évolution d'une kératite parenchymateuse.

Février 1903. — O. D, éclaircissement de la cornée.

O. G. Toute la cornée est envahie dans son parenchyme.

Mars 1903. — L'œil droit continue à s'éclaircir. Pupille régulièrement dilatée $V = 4/10$.

A gauche vascularisation de la cornée.

Avril. — Amélioration des deux côtés, relativement plus rapide à gauche.

O. D. $V = 1/6$ O. G. $V = 4/10$

Nous n'avons pas revu Mlle M..., depuis le mois d'avril, mais le confrère qui nous l'avait adressée nous a fait savoir que la vision avait augmenté des deux yeux.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Scrinì)

Infiltration cornéenne. Abolition des réflexes. Signe d'Argyll Robertson chez une syphilitique.

Mme X..., 31 ans, consulte, le 30 novembre 1901.

Examen oculaire. — O. D. La cornée est légèrement trouble

et opalescente dans toute son étendue : il existe, dans la moitié inférieure, une douzaine de petites taches, franchement interstitielles, très opaques d'un diamètre d'un demi-millimètre chacune.

Infiltration péri-kératique : la chambre antérieure plus profonde que celle du côté sain, renferme un léger hypopyon.

L'iris décoloré est sillonné de petites stries rougeâtres vasculaires : la pupille est immobile, il semble qu'il s'agit d'une uvéo-kératite.

O. G. L'œil gauche est normal.

Etat général. — Les dents sont petites, déviées et échan-crées, rien d'appréciable du côté des oreilles.

Mais le front olympien donne bien à la malade l'aspect d'une hérédosyphilitique. Symptômes nerveux : réflexes rotuliens, du poignet et du tendon d'Achille abolis.

A l'œil gauche, signe d'Argyll-Robertson.

Antécédents personnels. — La malade a marché à 2 ans 1/2, elle n'a été réglée qu'à 19 ans 1 2 et s'est mariée à 23 ans. Elle a eu 7 grossesses. Premier garçon vivant a aujourd'hui 6 ans 1/2 ; 2^e fausse couche de 2 mois 1 2 ; 3^e fausse couche de 2 mois 1/2 ; 4^e garçon vivant, 4 ans ; 5^e garçon vivant, 2 ans ; 6^e fillette morte à 3 mois ; 7^e fausse couche de 2 mois 1 2, en janvier dernier.

Antécédents héréditaires. — C'est une fille aînée, sa mère a eu 14 grossesses. Tous les enfants qui l'ont suivie ne sont pas nés à terme ou sont morts en bas âge. Les 6 derniers, seuls sont vivants et ont entre 22 ans et 9 ans.

La syphilis paraît indéniable dans ce cas : la question est de savoir, s'il s'agit de syphilis acquise ou héréditaire. L'apparition, d'accidents nerveux, peut être para-syphilitiques, accompagnant l'infiltration cornéenne et l'iritis fait l'intérêt de l'observation.

La malade n'a malheureusement pas été revue.

OBSERVATION VIII (personnelle)

Kératite interstitielle après syphilis acquise.

Mme B... Rose, 29, se présente le 26 février 1903 à l'Hôtel-Dieu ; elle se plaint d'avoir l'œil droit voilé depuis la fin de janvier.

Examen. — A l'examen, la conjonctive est rouge et présente à sa partie externe et à sa partie interne quelques gros vaisseaux, légèrement flexueux. Les parties supérieures et inférieures sont au contraire normales.

Un cercle complet d'injection périkeratique dessine le pourtour du limbe. L'épithélium est lisse et miroitant.

Une opacification légère occupe le centre de la cornée. Cette infiltration a des bords irréguliers, mal limités, se perdant insensiblement dans la périphérie parfaitement transparente. A l'éclairage oblique, la coloration des opacités est grisâtre et leur aspect finement granité. En haut et en dehors, gros îlots blanchâtres.

Pas de vaisseaux.

L'iris paraît légèrement décoloré, la chambre antérieure profonde. Le tonus est normal. O. D. V = 1/20.

O. G. excellent, sans aucune lésion V = 1.

Antécédents personnels. — La malade s'est toujours bien portée dans son enfance. Elle a été réglée à 13 ans et fort bien jusqu'à son mariage. Aussitôt après celui-ci (1893) elle a fait une première fausse-couche de 4 mois et qu'elle attribua à une émotion.

Presque immédiatement seconde grossesse, second avortement à 4 mois et demi. Pertes pendant 4 mois. Eruption cutanée, stomatite, chute des cheveux. Un médecin institue un

traitement par les frictions hydrargyriques et l'iodure de potassium.

Ce traitement est suivi pendant un an, d'une façon irrégulière.

En 1900, à Toulouse. la malade paraît avoir eu une iritis qui n'a pas laissé de traces.

Antécédents héréditaires. — Ils ne présentent rien d'intéressant. les parents sont vivants, tous les frères et sœurs bien portants.

Traitement. — Comme aucun doute ne subsiste au sujet de l'existence d'une spécificité acquise, on dit à la malade de venir trois fois par semaine. on lui fera des piqûres d'huile biiodurée. Localement compresses chaudes et atropine.

Le 19 mars, il existe, au centre de la cornée, une petite opacité de couleur grise et d'aspect grenu. Un examen attentif laisse voir de rares vaisseaux profonds : l'iris paraît normal, réagissant bien, pas de traces de synéchies anciennes. On continue le traitement.

La malade examinée fréquemment, n'a jamais souffert. La vascularisation n'a jamais été abondante.

Avril. — Applications locales et massage de l'œil à la pommade jaune.

16 mai. — Persistance d'un petit néphélium central, pas de vaisseaux.

19 septembre. — J'ai revu la malade ; dans la partie centrale de la cornée une légère opacité persiste. O. D. V = 1/4.

La malade fera de nouvelles applications de pommade jaune et reprendra un traitement général.

OBSERVATION IX inédite.

(Aubineau)

Kératite interstitielle après syphilis acquise.

Maria R..., 40 ans, se présente à la clinique de l'hôpital le 30 avril 1903.

L'examen de l'état général ne nous montre pas de lésions organiques. ni malformations, ni signes actuels de syphilis ; mais il y a dix ans, violents maux de tête et chute de cheveux ayant tous les caractères de l'alopecie syphilitique.

En mars 1903, vision baisse des deux yeux, surtout à gauche ; de ce côté, rougeur de l'œil, maux de tête sus-orbitaires.

L'état actuel des yeux est le suivant :

O D. — Aspect extérieur normal, cornée claire, pas d'iritis. Kératoscopie, 5. Dioptr. myopie $V = 1/30$.

A l'ophtalmoscope on voit des plaques nombreuses de choroïdite, les unes récentes, les autres anciennes (atrophiques) surtout abondantes au voisinage de la papille et de la macula.

O G. — Très sensible ; photophobie et larmoiement, injection péri-kératique.

Kératite parenchymateuse localisée au centre de la cornée. L'opacification centrale est constituée par des zones concentriques qui vont en diminuant d'épaisseur. Il faut des instillations répétées d'atropine pour dilater.

Traitement : Trois fois par semaine injection intra-musculaire de 2 cmc. 3 biiodure (solution aqueuse).

20 mai. — Après 10 injections, O. D. V = 1 15; O. G. troubles cornéens plus étendus; iritis s'est calmée.

Traitement. — Iodure de potassium, injections sous-conjonctivales, d'eau salée et sublimé O. G.

20 juin. — Kératite stationnaire. Quelques poussées aiguës d'iritis à gauche.

20 juillet. — Amélioration, O. D. V = 1/10; O. G. la kératite parenchymateuse (qui ne s'était jamais étendue sur toute la cornée) semble en voie de régression.

1^{er} septembre. — Nous n'avons pas revu le malade en août. Le 1^{er} septembre nous constatons: O. D. V 1 10; O. G. la kératite se limite au centre de la cornée, laissant en cet endroit, sur une étendue de 4 à 5 mm., une opacité épaisse qui semble ne pas avoir de tendance à disparaître, pupille encore irrégulière: vision non chiffrable.

4 septembre. — Une iridectomie est pratiquée à gauche.

Nous continuons le traitement général: injections mercurielles, iodure de potassium.

OBSERVATION X (Inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle après syphilis acquise.

Mme T..., 34 ans, nous consulte le 16 juin 1899, pour une affection de l'œil droit, survenue depuis une dizaine de jours. Cette femme, qui jouit d'une excellente santé, nous raconte qu'elle a contracté la syphilis il y a 40 ans environ, elle ne s'est soignée qu'un temps très court, n'ayant eu que peu d'acci-

dents. (L'homme qui l'a contaminée est mort d'accidents syphilitiques cérébraux).

Nous constatons une iritis aiguë très nette de l'œil droit; injection vive de l'œil; troubles de l'humeur aqueuse (iritis sereuse) douleurs sus-orbitaires violentes, surtout la nuit.

Traitement. — Solution biiodo-iodurée. Instillations fréquentes d'atropine.

1^{er} juillet. — Douleurs cessent avec dilatation de la pupille.

7 juillet. — Nouvelle poussée aiguë d'iritis. Dans l'épaisseur de la cornée, apparaissent des foyers opaques arrondis, véritables kératites parenchymateuses partielles, bien limitées, situées dans les zones centrales.

Traitement. — Injection intra-musculaire d'huile biiodurée; iodure de potassium, 4 grammes par jour.

Août. — Amélioration. Vascularisation des opacités cornéennes, qui tendent à disparaître.

Septembre. — L'état de l'œil continue à s'améliorer; diminution d'atropine $V = 1/6$.

Octobre. — Suppression d'atropine à la fin d'octobre $V = 2/3$.

Janvier 1900. — Mme T... nous revient avec une épisclérite de l'œil droit, qui se présente sous la forme d'une saillie arrondie située à quelques millimètres du bord interne de la cornée. Ce bouton d'épisclérite disparaît au bout de quelques jours, mais apparition d'une rougeur avec élévation rouge, épisclérale, à la partie externe de la sclérotique.

Février. — Bien que le traitement général soit toujours continué, aggravation; épisclérite généralisée tout autour de la cornée, donnant l'aspect de scléro-choroïdite antérieure.

Douleurs s'irradient dans toute la tête; pas d'iritis, mais hypertension qui nous oblige à employer la pilocarpine 1/100.

Mars. — Des boutons d'épisclérite apparaissent et disparaissent à droite et à gauche de la cornée. De nouveaux troubles interstitiels (kératite parenchymateuse) de la cornée se

forment, les uns centraux, les autres périphériques. L'œil est toujours tendu et la pupille a tendance à se mettre en mydriase dès qu'elle n'est plus sous l'influence de la pilocarpine. (Reprise des injections intra-musculaires.

Avril. — L'épisléríte du côté interne est très accentuée ; il y a un soulèvement tel qu'on pense à une gomme plutôt qu'à une épisléríte simple.

Les troubles cornéens tendent à se rémir pour envahir toute la cornée.

Mai. — L'hypertension persiste. Episléríte diminuée à la partie interne, du côté externe, apparition d'une gomme ou pseudo-gomme épislérale.

Madame T... part à Paris consulter M. de Wecker, qui confirme le diagnostic de kératite parenchymateuse spécifique acquise et fait continuer notre traitement.

Septembre. — L'hypertension diminue, les lésions épislérales tendent à disparaître, mais de nouveaux foyers de kératite parenchymateuse apparaissent.

Octobre. — Les opacités cornéennes se vascularisent et l'œil s'éclaircit ; les instillations de pilocarpine semblent encore indispensables.

A partir de ce moment, à part quelques poussées, qui surviennent de temps à autre et produisent de la rougeur et de l'hypertension, on peut dire que l'amélioration se continue régulièrement.

La vascularisation heureuse de la cornée continue, la vision revient peu à peu et nous assistons à la disparition presque complète de la kératite parenchymateuse.

L'œil si longtemps et si gravement atteint a conservé une vision de 2/3.

OBSERVATION XI (résumée).

(Aubineau)

Kératite interstitielle et syphilis acquise.

Madame le B..., 30 ans.

O. D. V : 1.

O. G. V : 1/4 (trouble parenchymateux central de la cornée gauche redressant la vision, syphilis voilà 4 ans.

Forme indolente; peu ou pas d'iritis.

OBSERVATION XII (résumée).

(Aubineau)

Kératite interstitielle et syphilis acquise.

Madame B..., 44 ans, de Saint-Pierre-Quilbignon, mariée depuis 9 ans, a fait trois fausses couches et a eu un enfant mort-né; diagnostic de syphilis non douteuse.

Au cours d'une iritis spécifique, trouble interstitiel des zones centrales de la cornée constituant une kératite parenchymateuse droite.

OBSERVATION XIII (résumée)

(Aubineau)

Kératite interstitielle et syphilis acquise.

C..., marin de commerce, 50 ans, syphilis contractée voilà 15 ans, kératite parenchymateuse de l'œil gauche. Centrale, indolente, déjà ancienne et n'ayant pas de tendance à disparaître.

OBSERVATION XIV (résumée)

(Aubineau)

Kératite interstitielle et syphilis acquise.

Mme C..., âgée de 35 ans, manifestement syphilitique. Kératite parenchymateuse de l'œil gauche, semblant prendre toute la cornée, déjà ancienne, en partie vascularisée. Iritis (synéchies nombreuses).

Traitement. — Atropine. Biodure.

Amélioration très grande au bout d'un mois, mais pupille irrégulière. Deux mois après, nouvelle poussée de kératite parenchymateuse à un œil.

OBSERVATION XV (résumée)

(Aubineau)

Kératite parenchymateuse double et syphilis acquise.

Marie L..., 28 ans, vient à la clinique de l'hôpital en mars 1902.

Kératite parenchymateuse double, limitée des deux côtés aux portions centrales de la cornée.

O. D. — Iris, se dilate facilement par l'atropine.

O. G. — Traces de synéchies anciennes que guérit la dilatation.

Syphilis contractée il y a environ 2 ans, œdème de la paupière supérieure dû sans doute à une gomme syphilitique.

OBSERVATION XVI (résumée)

(Poulard)

Kératite interstitielle et syphilis acquise.

D..., Alexandre, 49 ans.

A 27 ans, syphilis traitée pendant 2 ans par l'iodure de potassium, jamais par le mercure. A 28 ans, affection du genou, qualifiée successivement hydarthrose, arthrite, tumeur blanche. Guérison avec ankylose.

A 47 ans, kératite interstitielle de l'œil gauche, dure 3 mois et s'éclaircit complètement.

L'œil droit, pris actuellement, présente une infiltration interstitielle occupant la moitié inférieure de la cornée et laissant la partie supérieure absolument transparente.

Traitement mercuriel.

OBSERVATION XVII (résumée)

Bourdeaux)

Kératite interstitielle et syphilis acquise

Mme D..., 27 ans, a eu la syphilis il y a onze ans, s'est traitée pendant cinq ans (piqûres, pilules), est actuellement soignée pour un herpès circiné.

Le 17 septembre 1903, elle a été examinée au point de vue oculaire.

O. D. Trouble interstitiel de la cornée, de forme triangulaire, à base pupillaire, à sommet supérieur limbique. Le reste de la cornée est transparent et laisse apercevoir l'iris dont l'aspect n'est pas modifié. Rien au fond d'œil, il n'y a pas de vascularisation cornéenne, mais une légère injection périkeratique en face la zone infiltrée.

L'œil gauche est normal.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes; dionine.

Après quelques jours on remarque que l'infiltration ne s'est pas étendue et a, au contraire, tendance à s'éclaircir.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

*Kératite interstitielle survenue après un accouchement
au début de l'allaitement*

Mme R..., 24 ans, consulte à l'Hôtel-Dieu le 10 décembre 1902. « Depuis le mois d'octobre, la vue de son œil droit se voile, pourtant elle n'en souffre pas, mais elle est effrayée d'y voir se développer une opacité. »

Examen. — Conjonctive légèrement rouge, avec trois gros vaisseaux à la partie supérieure du globe oculaire.

Demi-cercle supérieur d'injection périkeratique violacée.

Cornée. — Dans le quart supérieur de la cornée il existe une zone opaque, commençant au niveau du limbe et limitée inférieurement par une ligne transversale, irrégulière, située au-dessus du centre de la pupille. A ce niveau l'épithélium est finement piqué; l'infiltration profonde a une coloration grisâtre et un aspect grenu, elle est formée par la confluence de petits points plus serrés les uns contre les autres à la partie supérieure, plus isolés vers le centre de la cornée.

Vascularisation. — Superficiellement, sous l'épithélium, on voit pénétrer des ramuscules nombreux, courts, serrés et flexueux qui viennent manifestement des gros vaisseaux de la conjonctive. Ces ramuscules constituent, par leur ensemble, trois petites taches franchement rouges.

On distingue plus profondément, partant de la face postérieure du limbe, de petits vaisseaux parallèles ramifiés « en balai » et qui ne sont visibles qu'à un fort grossissement.

L'iris est de couleur normale; la pupille se dilate bien par l'atropine. La chambre antérieure a sa profondeur normale; le

fond d'œil visible à travers la partie inférieure transparente de la cornée ne présente rien de remarquable.

O. G. sain. V. = 2/3 myopie légère V. = 1 avec — 1.

Etat général. — La malade a le faciès dit scrofuleux. Elle a une atrophie du massif facial supérieur ; la mâchoire inférieure est la plus développée, les lèvres sont eversées et saillantes, rouges avec des gerçures, l'inférieure est la plus volumineuse. Dans la région sous-maxillaire on sent de nombreux ganglions mobiles.

Il n'existe sur la peau aucune cicatrice, les os ne sont pas déformés, les dents n'ont rien de particulier, il n'y a pas de surdité.

Les poumons, soigneusement examinés, sont sains, le tube digestif fonctionne normalement.

Comme la malade dit avoir des pertes blanches abondantes, on l'a fait examiner dans le service de M. le Professeur Pozzi. Elle a un prolapsus génital, surtout vaginal, déchirure ancienne du périnée. Il existe un peu de métrite du col, l'utérus est en anté-version, les annexes gauches sont légèrement douloureuses. Tout cela, en somme, sans gravité.

Antécédents personnels. — Dans son enfance cette dame n'a jamais été sérieusement malade ; réglée à 14 ans, régulièrement. Mariée à 19 ans, elle fait une première fausse couche de 3 mois ; elle accouche un an après d'une petite fille qui a maintenant trois ans, qui est, je l'ai constaté moi-même, très bien portante et très robuste.

Il y a deux ans, elle a fait une fausse couche de sept mois après laquelle elle semble avoir eu une première poussée de kératite interstitielle, soignée en ville par des compresses chaudes, l'atropine, puis la pommade jaune. Après sept mois de ce traitement, la cornée droite avait repris son aspect normal et la vision était excellente.

Le 6 octobre 1902 elle a accouché d'un garçon bien portant et c'est trois semaines après environ que l'affection actuelle a débuté dans ce même œil gauche.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien à noter, parents vivants et bien portants, frères et sœurs vivants.

Traitement. — Compresses chaudes, atropine. On ne commence pas de traitement général.

20 décembre. — L'état de l'œil est peu modifié, on prescrit à la malade des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium. Elle n'allait plus son enfant.

4 janvier. — La photophobie et le larmolement deviennent considérables ; la conjonctive est très injectée, l'infiltration, constituée par des îlots grenus a envahi toute la cornée, mais elle respecte relativement le centre, constituant surtout deux croissants supérieur et inférieur. L'injection périkératique est très nette, les vaisseaux superficiels ont disparu, les vaisseaux profonds « en balai » sont au contraire assez nombreux, surtout en haut et en dedans. La pupille est peu dilatée malgré l'atropine, l'iris paraît refoulé légèrement en arrière, la chambre antérieure, autant qu'on en peut juger, est profonde, le tonus, néanmoins, n'est que peu augmenté.

4 février. — L'aspect objectif est peu modifié, plusieurs vaisseaux profonds, serrés les uns contre les autres, font à la partie interne de la cornée une sorte de tache rouge grisâtre.

5 février. — La malade a son retour de couches ; les règles durent quatre jours ; les douleurs oculaires diminuent ensuite et il semble que la vision devient meilleure.

14 février. — Les parties périphériques de la cornée sont plus claires. Le centre, au contraire, est occupé par des îlots grisâtres ; les vaisseaux lamellaires, fins et profonds, sont assez nombreux.

Traitement. — Pommade jaune.

Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai appris, vers le 15 septembre, que son état s'était progressivement amélioré, que l'œil gauche n'avait pas été pris et que maintenant la vision est bonne.

OBSERVATION XIX (Personnelle)

Kératite interstitielle chez une scrofulo-tuberculeuse.

Mlle B... 18 ans, consulte à l'Hôtel-Dieu le 10 mars 1903. Depuis quelques jours sa vue s'est troublée et son œil droit a rougi.

Examen. — O. D. Sa conjonctive est injectée et sillonnée par de gros vaisseaux en bas et en dedans du bulbe.

Injection périkeratique intense, surtout en dedans.

Cornée. — L'Épithélium a un aspect chagriné, mais n'est pas ulcéré. Il existe au centre de la cornée, une opacification grisâtre, constituée par la confluence d'ilots très serrés les uns contre les autres dans la région tout-à-fait centrale, isolés au contraire vers la périphérie.

La portion voisine du limbe est presque complètement transparente.

De toute la périphérie partent de minces vaisseaux profonds qui gagnent directement la zone opaque envoyant seulement de fins rameaux en balai.

La pupille se dilate mal et lentement sous l'influence de l'atropine.

Le fond de l'œil n'est pas visible. Le tonus est normal.

O. G. Absolument sain : V = 2/3 avec — 3.

Etat général. — La malade a le faciès dit scrofuleux, lèvres éversées et épaisses cicatrices aux commissures labiales ; anciennes adénopathies cervicales suppurées ; dents cariées ne présentant aucune déformation caractéristique.

Ouïe normale, pas d'arthropathie, pas de déformations du squelette, pas de lésions viscérales.

Antécédents personnels. — La malade a toujours été chétive ; elle a eu des abcès dans son enfance, la chorée à neuf

ans, réglée à 13 ans irrégulièrement. Elle habite un rez-de-chaussée très humide et se plaint de vagues douleurs articulaires.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort en 1894 de tuberculose pulmonaire ; la mère est vivante, n'a jamais fait de fausse couche ni perdu d'enfants jeunes.

La malade a 2 frères et 3 sœurs bien portants, mais elle a perdu un frère de tuberculose pulmonaire.

Traitement. — Compresses chaudes, atropine, arsénic, huile de foie de morue.

Au début de juin, la malade éprouve des douleurs orbitaires et péri-orbitaires à droite. La photophobie et le larmoiement augmentent. On constate, à travers la cornée légèrement éclaircie, une augmentation en profondeur de la chambre antérieure, on apprécie mal la coloration de l'iris, la pupille ne se dilate que peu. Le tonus est augmenté : $T = + 1$.

On admet la malade à l'hôpital et l'on fait des instillations de pilocarpine.

A travers la partie inférieure de la cornée, on voit de fines précipitations qui se déposent à la face profonde de cette membrane et qui sont nettement distinctes des anciennes infiltrations interstitielles. On obtient au bout de quelques jours la cessation des douleurs, le tonus est redevenu normal.

La malade sort de l'hôpital et continue son traitement par les compresses. On reprend prudemment l'atropine.

Je la revois le 22 septembre. L'injection périkeratique a disparu, il n'existe plus qu'une opacité centrale légère, diffuse, présentant un point plus opaque, gros comme une forte tête d'épingle.

En prolongeant l'examen on aperçoit profondément 2 ou 3 vaisseaux qui partent de la région temporale du limbe.

L'iris ne présente pas de synéchies.

Massages de l'œil à la pommade jaune.

OBSERVATION XX (personnellé)

Kératite interstitielle bi-latérale chez une scrofulo-tuberculeuse.

Mme K..., M..., 25 ans, vient le 3 mars 1903, consulter à l'Hôtel-Dieu.

Depuis le mois de décembre 1902, la vue de l'œil gauche est voilée, elle a été soignée pour kératite interstitielle.

Il y a huit jours, elle a éprouvé quelques douleurs dans l'œil droit et un peu de larmoiement et de photophobie.

Examen : O. D. — La conjonctive est légèrement injectée et sillonnée par de gros vaisseaux. L'injection périkeratique est peu marquée.

Cornée. — L'épithélium est sain, légèrement piqué, le parenchyme est le siège d'une infiltration grisâtre, diffuse, constituée au centre par des flots confluent.

On ne voit pas de vaisseaux, l'iris est dilaté au maximum par l'atropine, le fond d'œil est inéclairable, le tonus normal.

O. G. — La conjonctive présente à sa partie externe de gros vaisseaux dilates. L'injection périkeratique est nette, surtout en dehors où existe un croissant violacé très apparent.

Cornée. — L'épithélium a un aspect piqué et n'est pas ulcéré. Il existe dans la partie supéro-externe une infiltration grisâtre et d'aspect grenu. Le centre de la cornée est seulement opalescent et la partie tout-à-fait inférieure ou intense est transparente.

La vascularisation présente deux systèmes distincts : il existe trois vaisseaux superficiels, sous-épithéliaux, qui sont en communication évidente avec les vaisseaux conjonctivaux. Profondément, partant du limbe, se dirigeant vers le centre

sans l'atteindre, sont des vaisseaux profonds, peu ramifiés, qui sont surtout bien visibles dans la portion inférieure transparente de la cornée. L'iris est paresseux et semble légèrement décoloré, on ne voit pas le fond d'œil, le tonus est normal.

Etat général. — La malade à un faciès scrofuleux, grosses lèvres éversées, adénopathie cervicale, bonnes dents.

L'examen otologique fait par M. Gellé est purement négatif. Rien au poulmon, ni aux autres viscères. On constate des cicatrices près des genoux, reliquats d'opérations pratiquées, il y a 4 ans, pour genuvalgum.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, à l'âge de 18 mois, la malade a eu une kératite interstitielle double qui a duré près de deux ans mais dont elle dit avoir été complètement guérie. Sa vision était excellente jusqu'en décembre dernier.

La malade est sujette aux angines, aux coryzas, elle a souvent des croûtes à l'orifice des fosses nasales mais n'a jamais eu de grandes maladies.

Mariée à 20 ans, elle n'a pas fait de fausses couches, mais elle est mère d'une petite fille de 4 ans, bien portante.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont tous les deux morts de tuberculose pulmonaire. Elle a perdu 4 frères, morts de méningite tuberculeuse en bas âge ; deux autres sont vivants et relativement bien portants. La mère n'a fait qu'une seule fausse couche après la naissance de notre malade.

Traitement. — Compresses chaudes, atropine, huile de foie de morue, arsenic.

Je continue à voir la malade jusqu'au mois de mai, la vascularisation superficielle disparaît, les cornées semblent s'éclaircir. Je donne des massages à la pommade jaune, mais ne revois pas la malade que je n'ai pu retrouver malgré mes recherches.

OBSERVATION XXI (personnelle)

Kératite interstitielle uni-latérale chez un tuberculeux.

F... H..., 23 ans, ouvrier gainier, se présente le 10 septembre 1903 à la consultation de l'Hôtel-Dieu. A la suite d'une conjonctivite légère, consécutive elle-même à la présence d'un corps étranger de l'œil droit, qui gênait la vision de ce côté, il s'est aperçu que son œil gauche était légèrement voilé. La conjonctivite de l'œil droit a complètement disparu depuis un mois mais le brouillard s'est épaissi devant l'œil gauche.

Examen O. G. — Jamais de douleur, pas de larmoiement ni de photophobie, mais diminution considérable de l'acuité visuelle O. G. V = 1/10.

La conjonctive est absolument normale, sauf à la partie inférieure du bulbe où se voient deux ou trois vaisseaux flexueux et dilatés.

L'injection périkeratique est très peu apparente.

Cornée. — L'épithélium est absolument sain, sans solution de continuité, mais, vu à un très fort grossissement, il paraît très finement chagriné.

L'infiltration cornéenne occupe le centre ; elle est entourée par une zone périphérique transparente, à des bords flous et mal limités, d'aspect opalescent, de coloration grisâtre. Elle est constituée par la confluence de petites taches blanchâtres, plus opaques. L'ensemble de ces îlots opacifiés forme deux croissants incomplets, l'un interne nasal, l'autre externe temporal, séparés par une bande verticale, occupant toute la hauteur de cornée et son centre, bande au niveau de laquelle l'opacification est moins marquée.

L'examen le plus attentif ne permet pas d'apercevoir, même à la loupe, de vaisseaux profonds intra-cornéens.

La chambre antérieure a sa profondeur normale. L'iris, dont on voit mal la coloration, réagit à la lumière, la pupille se dilate complètement, quoique lentement, sous l'influence de l'atropine.

Tension oculaire normale.

Fond d'œil inéclairable.

O. D. — Absolument normal sans trace de lésions anciennes, superficielles ou profondes. O. D. V = 1.

Etat général. — Les dents sont superbes ; l'ouïe normale. L'examen oto-laryngologique, pratiqué par M. Gellé, ne permet pas de découvrir autre chose qu'une déviation de la cloison des fosses nasales et une hypertrophie d'un cornet moyen.

Pas de cicatrices cutanées, mais deux lésions attirent l'attention.

1^o Hydarthrose du genou gauche, ayant débuté il y a un an. Le genou est le siège d'une tuméfaction moyenne sans changement de coloration des téguments, indolore, avec choc rotulien net, atrophie légère du triceps crural.

2^o Orchi-épidydimite gauche, qui a été considérée par un chirurgien comme une lésion tuberculeuse mais qui présente à l'examen des particularités intéressantes. La moitié gauche du scrotum est occupée par une masse régulière, dure, absolument indolore à la pression, constituée par le testicule et coiffée par un épidydime assez volumineux mais ne présentant pas de bosselures. Toutefois le canal déférent est induré et augmenté de volume. On ne sent rien au toucher rectal. Il y a trois semaines que le malade s'est aperçu de l'existence de cette orchite et il n'en a jamais souffert spontanément, pas plus qu'il n'en souffre pendant les examens.

Rien au poumon, tous les appareils sont sains.

Antécédents personnels. — C'est la première fois que ce jeune homme a mal aux yeux. Sa santé générale a été bonne,

sauf un ictère catarrhal à 14 ans. On ne note rien dans ses antécédents jusqu'à l'époque de son service militaire. C'est après son service militaire qu'est apparue l'hydarthrose.

Antécédents héréditaires. — Le père alcoolique, cardiaque et albuminurique est mort à 56 ans.

La mère est morte de tuberculose pulmonaire. Elle ne paraît pas avoir fait de fausses couches, mais elle a perdu trois enfants très jeunes. Deux vivent, notre malade et sa sœur actuellement bien portante.

On conclut à la nature tuberculeuse des lésions constatées et on ordonne au malade de l'huile de foie de morue et de l'arsenic.

Localement, compresses chaudes et atropine.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle chez un tuberculeux.

Cl..., 30 ans, est un homme d'apparence chétive; il a un mal de Pott qui remonte à l'âge de 8 ans, et a fait de la tuberculose tibio-tarsienne à droite:

Depuis environ deux mois, l'œil gauche est « voilé ». Nous constatons (13 novembre 1901) une kératite parenchymateuse. A l'œil droit, la cornée est envahie dans sa totalité par un trouble diffus — pas de signes d'iritis, aucune sensibilité de l'œil.

Traitement. — Atropine, iodure, huile de foie de morue.

21 novembre 1901. — Une zone de vascularisation apparaît à la partie supérieure de la cornée.

Décembre 1901. — La cornée s'éclaircit et la vision est chiffrable.

Janvier 1902. — La vision ne progresse plus, la cornée s'est éclaircie dans ses parties périphériques, mais la zone vasculaire n'a pas gagné le centre où l'opacité persiste et semble devenir plus épaisse.

Février. — Pas de changement sensible dans la vision et dans l'état objectif de l'œil.

Ce *statu quo* dure jusqu'en juin, époque à laquelle l'opacité cornéenne augmente et réduit la vision à 1/6.

Juillet. — Nouvelle amélioration V = 1/3, trouble cornéen se dissocie par endroits.

La vision en rapport avec l'état de la cornée retombe encore à 1/6 en août, pour renouveler à 1/3 en septembre.

Nous ne revoyons plus M. C... qui nous a fait savoir depuis (mars 1903) que sa vue ne s'était pas améliorée. Il est probable que la kératite parenchymateuse a laissé chez lui une opacité permanente.

OBSERVATION XXII (Inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle localisée double chez une scrofulo-tuberculeuse.

Marie P..., 28 ans, de Lampaul-Plouarzel, vient nous consulter, le 1^{er} juillet 1902, pour une affection des yeux qui date d'environ 3 semaines. Cette jeune fille, qui a eu une enfance malade, présente des traces de scrofulose ancienne, nombreuses cicatrices de suppuration ganglionnaires cervicales.

O. D. Trouble interstitiel de la cornée droite, affectant une forme triangulaire nettement limitée en haut et en dehors $V = 1/4$. L'œil n'est pas le siège de douleurs, peu ou pas d'iritis, pupille se contracte régulièrement. $V = 1$.

Traitement. — Atropine, arséniate de soude, injection sous-conjonctivale d'eau salée.

15 juillet. — Amélioration de l'œil droit.

O. G. L'œil gauche présente des signes d'iritis (synéchies) et la cornée gauche est le siège d'un trouble interstitiel, limité en bas et en dehors $V = 1/6$.

Traitement. — Atropine et injection aux deux yeux.

20 juillet. — La pupille gauche s'est bien dilatée; état des cornées stationnaire.

20 août. — La kératite interstitielle a disparu presque complètement à droite, à gauche elle n'a pas progressé. O. D. $V = 2/3$; O. G. $V = 1/3$.

Nous n'entendons plus parler de notre malade que nous croyions guérie quand nous la revoyons le 9 octobre 1902.

La cornée droite s'est troublée dans la même zone que précédemment. $V = 1/4$.

L'œil gauche semble guéri.

OBSERVATION XXIV (inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle uni-latérale chez un scrofuleux tuberculeux.

Mons. C..., 28 ans, vient consulter le 9 octobre 1899. Cet homme est porteur de cicatrices anciennes d'adénite cervicale. Pas de syphilis.

Nous notons du côté des yeux : Taies anciennes des deux cornées : strabisme alterné divergent. Il n'y a pas d'ulcération cornéenne ; pas de kératite interstitielle.

Rougeur périkératique et myosis à droite ; iritis nette, de cause endogène, tel est le diagnostic porté au premier examen.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes.

17 octobre. — Je révois le malade et constate une kératite parenchymateuse de l'œil droit, trouble diffus de toute la cornée. $V = 1/20$.

Traitement. — Atropine, solution iodurée, injection sous-conjonctivale d'eau salée.

10 novembre. — Amélioration. $V = 1/10$.

Le trouble se limite aux portions centrales de la cornée et disparaît périphériquement sans passer par la phase de vascularisation.

20 novembre. — Il n'y a plus de symptômes aigus. $V = 1/4$.

1^{er} décembre 1903. — La kératite interstitielle semble terminée. $V = 1/3$ (mais taies anciennes réduisant la vision et produisant une myopie de $1/3$).

OBSERVATION XXV

(Bordeaux)

Kératite interstitielle chez une tuberculeuse.

Madame L. C..., 20 ans, sans profession, est atteinte d'un mal de Pott ancien, apparu à l'âge de 11 ans. Elle a une cyphose très prononcée et porte au cou un collier de ganglions indurés, non suppurés.

Le 6 septembre 1902, elle s'est aperçue que son oeil gauche se voilait.

A l'examen on trouve une conjonctive rouge et injectée. Une assez forte injection périkeratite surtout nette a la partie inférieure. La cornée est le siège d'une infiltration localisée, occupant la partie inféro-interne. A ce niveau l'épithélium présente un aspect dépoli et grenu, l'opacité, nettement interstitielle, paraît formée de grosses masses blanchâtres dans le quart inféro-interne de la cornée. Elle se prolonge vers le centre sous forme d'un trouble diffus et léger d'aspect assez régulier. La région supéro-externe est transparente.

En bas et en dedans on voit un liseré rouge-brun, qui à la loupe paraît constitué par de fins vaisseaux profonds, envahissant la zone infiltrée.

L'iris ne se dilate que lentement et faiblement sous l'influence de l'atropine.

Pas de descemetite ; rien dans le vitré ; rien dans le fond d'œil.

O. D. normal. V. = 1.

Etat général. Faciès pâle. Aspect général maigre, lésions anciennes de tuberculose osseuse et ganglionnaire manifeste, pas de lésions pulmonaires nettes.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose. Mère vivante, n'a jamais fait de fausses couches mais a perdu deux enfants de méningite tuberculeuse.

Traitement général. — Arsenic, iode, huile de foie de morue, séjour à la campagne.

Traitement local. — Atropine, dionine, compresses chaudes.

OBSERVATION XXVI (Personnelle).

Kératite interstitielle unilatérale et rhumatisme.

Mme G..., 24 ans, s'est présentée à la fin de décembre 1902 à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Son œil droit, dit-elle, a rougi et s'est voilé à la fin de novembre. Elle a du larmolement, de la photophobie et une diminution considérable de l'acuité visuelle.

Examen. — O. D. conjonctive rouge avec, à la partie supérieure du bulbe, de gros vaisseaux violacés, dilatés et flexueux.

Injection périkératique légère formant tout autour de la cornée un anneau rouge foncé, qui est surtout très marqué à la partie supérieure et externe.

Cornée. L'épithélium ne présente aucune ulcération, mais il a un aspect finement chagriné. La moitié supéro-externe de la cornée est le siège d'une infiltration interstitielle diffuse, mal limitée, de coloration grisâtre, constituée par la confluence de fins îlots opaques. À la limite de la portion transparente, on voit une sorte de croissant blanchâtre, formé d'opacités particulièrement confluentes.

À la partie toute supérieure de la zone d'infiltration, on voit très nettement une sorte de gros trait rougeâtre qui, à un fort grossissement, paraît formé par de fins vaisseaux parallèles. à siège profond interstitiel.

Autant qu'on en peut juger à travers le secteur cornéen inféro-interne transparent, la chambre antérieure à sa profondeur normale, mais l'iris est légèrement décoloré et paresseux.

Le fond de l'œil paraît normal. O. D. V = 1/8.

L'œil du côté opposé est absolument sain. O. G. V = 1/3 (avec — 2).

Etat général. — L'état général des organes des sens, de la peau, du squelette et des viscères est absolument négatif. Les dents notamment sont superbes. l'ouïe excellente.

Antécédents personnels. — La malade, réglée à 13 ans, régulièrement, s'est absolument bien portée jusqu'en 1898, époque à laquelle elle a eu une première attaque de rhumatisme articulaire. Depuis cette époque, elle a continué à souffrir, notamment de l'épaule.

En novembre 1902. nouvelle attaque, hydarthrose du genou droit qui cède au traitement par le salicylate.

Cette malade est mariée depuis deux ans, rien ne permet de croire chez elle à la syphilis acquise. Jamais d'avortement.

Antécédents héréditaires. — On ne trouve rien qui puisse faire songer à l'hérédo-syphilis. Fille unique, parents vivants bien portants.

Traitement. — Salicylate de soude, 5 gr., localement, atropine, compresses chaudes.

10 janvier. — Il existe un trouble diffus de toute la cornée droite. L'œil gauche est indemne.

22 janvier. — L'œil est moins rouge. Il existe une vascularisation profonde. L'iris est bien dilaté par l'atropine. Suppression du salicylate.

Février. — La malade a une nouvelle poussée rhumastismale légère. On reprend le salicylate.

13 mars. — Les opacités ont notablement diminué. Il n'existe plus qu'un léger trouble diffus de la zone supéro externe. Pas de traces de vaisseaux.

OBSERVATION XXVII (inédite)

(Aubineau)

Kératite interstitielle inaltérable consécutive à une épisclérite

Marie B..., 40 ans, vient le 13 juillet à notre clinique de l'hôpital.

Nous constatons une épisclérite de l'œil droit, apparue depuis une huitaine jours.

L'élevure de l'épisclérite siège, contrairement à l'usage, au-dessous de la cornée, à quelques millimètres du bord cornéen, elle est assez accentuée. A son niveau l'injection conjonctivale et l'injection épisclérale se distinguent nettement par leur coloration spéciale. Le diagnostic d'épisclérite s'impose.

L'œil est sensible — larmolement réflexe et photophobie. Le globe de l'œil est douloureux à la pression. — Il y a aussi des douleurs spontanées qui surviennent par crises et provoquent l'insomnie.

L'œil se contracte facilement et forme une pupille régulière. Emmétropie, $V = 1$.

Marie B..., mariée depuis 18 ans, a sept enfants vivants ; pas de fausses couches.

Depuis environ 11 ans, cette femme souffre de douleurs rhumatismales. tantôt musculaires, tantôt articulaires. Douleurs qui ont revêtu au début une forme subaiguë.

Traitement. — Adrénaline, cocaïne, salicylate de soude 3 grammes par jour.

17 août. — L'épisclérite ne s'est pas modifiée. Trouble de toute la cornée ; trouble peu épais se présentant sous forme de

stries qui s'entrecroisent et permettent d'apercevoir la pupille irrégulière — symptômes d'iritis — douleurs sus-orbitaires et injection périkératique.

Traitement. — Atropine. Salicylate 6 gr. par jour.

23 août. — Nous constatons une amélioration ; pupille dilatée et arrondie. Kératite interstitielle semble entrer en voie de regression.

1^{er} septembre. — L'épisclérite a disparu, il ne subsiste plus qu'une légère rougeur. La cornée n'a pas encore recouvré sa complète transparence, mais peu s'en faut. Le trouble disparaît de bas en haut. Il s'agit d'une kératite parenchymateuse à forme fugace et tout nous fait prévoir qu'à moins de récurrence, l'affection sera promptement terminée.

Le salicylate de soude est d'ailleurs continué.

OBSERVATION XXVIII (inédite).

(Aubineau.)

Kératite interstitielle chez un gouteux.

A la fin de février 1903, je suis appelé en consultation près d'un M. V..., qui est soigné depuis un mois pour une iritis de l'œil droit.

Cet homme, âgé de 35 ans, de constitution robuste, aurait eu en 1881 un chancre disparu après 15 jours de traitement local et non suivi d'accidents. Le confrère qui soignait le malade, pensant à une manifestation spécifique avait donné des frictions mercurielles.

Je constate en effet tous les symptômes de l'iritis aiguë à droite, il y a un trouble de la cornée que j'attribue à l'iritis,

trouble qui siège dans l'humeur aqueuse ou à la face postérieure de cornée, pupille moyennement dilatée. Continuation du traitement, frictions, atropine.

Je suis appelé de nouveau, le 12 mars, pour une forte poussée aiguë de l'œil droit. Œil très injecté, pupille en myosis malgré atropine.

Traitement. — Bromhydrate de scopolamine et salicylate de soude 5 grammes par jour.

28 mars. — Amélioration légère attribuée au salicylate, pupille bien peu dilatée.

4 avril. — Nouvelle poussée aiguë très violente.

27 avril. — La cornée droite se trouble cette fois dans son parenchyme. Kératite interstitielle qui part de la limite inférieure de la cornée et s'étend jusqu'au bord inférieur de la pupille.

A gauche, symptômes d'iritis aiguë.

Mai. — M. V... est pris pendant la nuit de douleurs dans le gros orteil gauche et fait une attaque classique de goutte qui vient éclairer la nature de l'affection oculaire.

La kératite parenchymateuse s'accroît à droite et recouvre environ la moitié inférieure de la cornée.

A gauche l'iritis continue avec des poussées aiguës et nous éprouvons beaucoup de peine à dilater faiblement la pupille.

Le salicylate de soude doit être continué à la dose de 6 gr. par jour sous peine de voir les douleurs devenir intolérables.

Juin. — Il se forme à gauche une kératite parenchymateuse qui, comme à droite se localise dans les zones inférieures de la cornée.

A droite, apparaît à la base de l'opacité, c'est-à-dire périphériquement une zone vasculaire. On peut constater que la pupille ne se dilate ni d'un côté ni de l'autre, malgré la scopolamine.

Juillet. — La vascularisation de la cornée droite laissée à la suite une membrane cornéenne claire, O. G. état stationnaire.

4 août. — Grande amélioration des deux côtés. Vision revient à droite. A gauche, le trouble cornéen disparaît après vascularisation, plus vite qu'à droite.

15 août. — L'amélioration se continue au point que nous pouvons chiffrer la vision. O. D. $V = 1/4$; O. G. $V = 1/8$.

1^{er} septembre 1903. — La cornée droite est presque complètement éclaircie, $V = 1/4$. A gauche, $V = 1/6$.

Les pupilles ne se dilatent pas, le bord libre de l'iris est partout adhérent et il y a dans le champ pupillaire des exsudats qui font que la vision reste stationnaire à droite, bien que la cornée soit éclaircie.

Cet état des pupilles aggrave le pronostic et nous fait songer à la nécessité d'une iridectomie, si le bord pupillaire ne reprend pas sa mobilité.

OBSERVATION XXIX (inédite)

(Aubineau)

Kératite parenchymateuse double et rhumatisme.

Mme H..., 27 ans, nous est adressée, le 18 janv. 1903, par un confrère de Lesneven.

Cette jeune fille ne présente rien, dans ses antécédents, qui puisse nous faire croire à la syphilis.

Parents robustes, deux frères et une sœur bien portants ; pas de malformation dentaire.

Nous remarquons, à l'éclairage oblique, un trouble diffus partant de la limite inférieure de la cornée, s'étendant à droite presque sur la pupille ; à gauche n'atteignant pas le champ, pupillaire, $V = 1/2$ à droite, $V = 1$ à gauche.

Pupille se contracte facilement, sous l'influence de la lumière : pas d'injection péri-kératique, pas de photophobie. Aucun signe d'iritis, allure tout à fait calme.

Traitement. Instillation bi-quotidienne de pilocarpine ; frictions mercurielles.

18 février. — Aucune modification, ni dans la vision ni dans l'aspect et la répartition du trouble cornéen.

Traitement. — Injection sous-conjonctivale d'eau salée, continuation de pilocarpine.

29 mars. — La jeune fille nous revient en se plaignant de douleurs dans les jambes et les genoux.

Douleurs assez aiguës pour provoquer l'insomnie. Gonflement du genou droit : état des yeux stationnaire.

Le traitement est changé. Salicylate de soude, 4 grammes par jour.

29 avril. — Amélioration très grande. Trouble cornéen a totalement disparu à droite ; à gauche persiste encore une infiltration diffuse d'une faible portion de la cornée.

Douleurs musculaires et articulaires ont disparu.

Continuation du salicylate.

Nous revoyons Mme H... dans les premiers jours de mai, complètement guérie.

L'apparition de douleurs au cours du traitement et la rapidité d'action du salicylate nous font attribuer l'affection à l'infection rhumatismale.

OBSERVATION XXX (résumée)

(Aubineau)

Kératite interstitielle unilatérale et rhumatisme

Mme D..., 34 ans, qui est une rhumatisante, vient nous consulter, le 2 mai 1902, pour une poussée aiguë d'iritis séreuse, rhumatismale.

Traitement. — Salicylate de soude, atropine.

Le 27 mai. — Tout semblait à peu près terminé.

Le 4 juin. — Mme D... nous revient avec un trouble diffus de la cornée gauche véritable. Kératite parenchymateuse peu épaisse mais prenant toute la cornée. Il ne semble pas y avoir de nouvelle poussée d'iritis. Il est vrai que l'œil est encore sous l'influence de l'atropine.

Salicylate de soude, 6 gr. par jour.

Amélioration rapide.

V = 1/3 le 1^{er} juillet.

OBSERVATION XXXI (résumée).

(Aubineau)

Kératite interstitielle double et rhumatisme.

F..., 32 ans, de Trégarvan, consulté le 11 octobre 1899.

Infiltration diffuse interstitielle des deux cornées O. D. V = 1/30; O. G. V. = 1/50.

Synéchies iriennes.

Pas de syphilis, mais antécédents rhumatismaux nets.

OBSERVATION XXXII (inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle unilatérale et carie dentaire.

Eugénie B... 20 ans, jeune fille bien constituée, ne présentant rien d'anormal ou de pathologique à l'examen général,

vient nous consulter fin juin 1902, pour des troubles de la vue à droite, qui remontent à une quinzaine de jours.

Cette jeune fille souffre depuis trois mois d'une dent cariée, qui est la canine supérieure droite.

Nous remarquons un trouble diffus qui siège dans l'épaisseur de la cornée droite, trouble qui est limité au $\frac{1}{3}$ inférieur de la cornée. Il y a de l'iritis, la pupille présente des synéchies en bas et en dedans légère rougeur péricératique et maux de tête sus-orbitaires.

Traitement.— Atropine, injections. sous-conjonctivales, eau salée.

15 juillet. — La kératite interstitielle change d'aspect et tend à gagner les zones supérieures de la cornée en progressant, tantôt par îlots arrondis, tantôt par augmentation du trouble diffus.

Les synéchies cèdent à l'atropine.

29 juillet. — J'adresse la malade à mon confrère le docteur Thésée, qui extrait la canine malade. A partir de ce moment, tout en continuant le traitement, je constate une amélioration progressive. Je diminue l'atropine que je fais suspendre le 27 août, époque à laquelle Eugénie B... me quitte avec une cornée complètement éclaircie.

OBSERVATION XXXIII (inédite).

(Aubineau)

Kératite interstitielle unilatérale et carie dentaire.

Mademoiselle C..., 25 ans, de Landerneau, vient nous consulter le 12 août 1901.

Nous ne notons rien à gauche, mais à droite existe dans la zone inférieure de la cornée un trouble diffus, dont l'épaisseur diminue graduellement de la périphérie à la pupille qui est en partie masquée.

Il y a de l'iritis et des synéchies immobilisent le bord inférieur de la pupille.

En regard de la région cornéenne et irienne malade est une injection périkeratique limitée.

Cette jeune fille, bien réglée, et qui semble de bonne constitution, ne présente rien dans ses antécédents qui puisse faire incriminer la syphilis ou le rhumatisme, mais elle se plaint de toujours souffrir des dents. Presque toutes les dents de l'arcade dentaire supérieure sont malades, cariées, et en partie détruites. Une tentative malheureuse d'extraction d'une racine de molaire supérieur a été récemment suivie d'un abcès.

Traitement. — Atropine, injections sous-conjonctivales d'eau salée.

26 août. — Les synéchies se sont facilement rompues mais la kératite interstitielle, constatée les premiers jours, n'a pas sensiblement diminué.

30 avril. — Mademoiselle C... est allée trouver un chirurgien dentiste qui, sous le chloroforme, procéda à l'ablation des dents malades.

L'amélioration oculaire suivit rapidement l'intervention. Le 15 mai, l'atropine était suspendue et la kératite avait totalement disparu.

OBSERVATION XXXIV

(Eliasberg) (1)

Kératite interstitielle et Blennorrhagie

Le 27 décembre de l'année passée m'a été adressé, par mon

(1) Eliasberg, Obs. Ophtalmologiques, *Arch. d'Ophth.* XIII. 1893 p. 137.

savant collègue et ami, le docteur Bifat, le nommé Ghalib B..., jeune homme turc, âgé de 29 ans, pour examiner l'état de son œil gauche.

Etat actuel. — O. G. conjonctive tarsienne très hyperémiée, la conjonctive bulbaire présente une injection périkératique très prononcée. Cornée: un trouble diffus occupe toute la membrane, mais l'opacité est beaucoup plus prononcée dans sa partie inférieure, celle-ci présentant l'aspect d'un verre dépoli. Iris normal. Rien d'anormal du côté droit. Le malade se plaint de larmolement, photophobie et trouble de la vue.

Au dire du malade, la maladie avait débuté 20 jours avant.

Commémoratifs. — Pas d'antécédents spécifiques dans la famille. Le malade est le plus jeune de ses trois frères, tous bien portants: Il a eu une sœur qui est morte à l'âge de 12 ans, d'une maladie fébrile aiguë, d'un caractère indéterminé. Du reste, le malade ne présente aucun signe pathognomonique de la syphilis héréditaire. Le malade nous raconte qu'il y a à peu près une année il a passé par une uréthrite blennorrhagique. Vers le déclin de la blennorrhagie il fut pris d'une gonite gauche précédée d'un accès de fièvre, qui revenait après à plusieurs reprises.

L'inflammation de l'articulation était très douloureuse, le gonflement des genoux était très accusé, tout mouvement d'extension étant impossible. Grâce aux soins de notre collègue, il fut guéri de son arthrite blennorrhagique. Quatre mois après, l'œil gauche fut pris.

Au dire du malade, le début de la maladie aurait eu lieu 20 jours à peu près avant qu'il se soit présenté à notre consultation.

Il a été déclaré au malade que la maladie trainera en longueur, mais qu'il y a toute chance à espérer qu'il guérira. Il fut prévenu, en outre que probablement son œil droit, pour le moment sain, serait pris à son tour.

Comme traitement local, un collyre combiné d'atropine et de cocaïne et des compresses chaudes de sublimé au 5 mil-

lième, comme traitement général pilules de protoiodure de mercure, qui fut ensuite remplacé par des pilules d'iodure de potassium avec l'iodure de fer qui, à son tour, cède ensuite la place au sirop d'iodure de fer combiné avec la teinture de noix vomique et l'iodure de potassium, suivant la recommandation de Hutchinson.

Une fois les phénomènes irritants passés, il fut procédé très prudemment au massage à l'aide du précipité rouge et aux pulvérisations à l'aide d'un appareil vaporisateur d'une infusion de camomille, de jusquiame et de fleurs de tilleul additionnée d'une petite quantité d'eau de menthe poivrée.

Sous l'influence de ce traitement, la cornée commença à s'éclaircir. Mais à peine la maladie de l'œil gauche était-elle entrée dans la voie de régression que notre pronostic, pour ce qui concerne l'œil droit, se trouva justifié. Le trouble de la cornée droite fit des progrès rapides de la périphérie vers le centre tandis que l'éclaircissement de la cornée primitivement atteinte s'effectuait très lentement. Il est à remarquer que le trouble de la cornée droite, bien qu'il ait envahi toute la membrane, n'était lui-même à son acmé aussi saturé que celui de la cornée primitivement atteinte.

Néanmoins, pendant 20 jours à peu près, le malade, à sa grande affliction, se trouvait hors d'état de se conduire seul, ne pouvant marcher qu'à tâtonnements. Mais dans la suite, l'éclaircissement de la cornée gauche prit une marche plus rapide en même temps que le processus morbide du congénère entra dans la voie de régression. Dans la marche rétrograde de la maladie, on pouvait nettement distinguer trois périodes : au commencement l'éclaircissement s'effectuait très lentement, en sorte qu'une différence notable ne se produisait que dans l'espace d'une semaine à 10 jours ; ensuite la marche en est devenue plus rapide, la vision s'améliorant littéralement de jour en jour ; après, un ralentissement survint de nouveau. Enfin, au bout de 3 mois 1/2 les deux cornées récupérèrent complètement leur transparence : ni l'examen réitéré à l'éclairage oblique, ni

l'examen ophtalmoscopique (éclairage direct avec un miroir plan, système de Parent), n'a pu découvrir rien d'anormal sur les deux cornées. Le traitement était le même tout le temps, seulement le précipité rouge fut remplacé dans la suite par une pommade d'iodure de potassium combiné avec le bicarbonate de soude (iodure de potassium 4 0/0, bicarbonate de soude 2 0/0).

OBSERVATION XXXV (Inédite)

(de Lapersonne)

Kératite interstitielle localisée unilatérale. Arthropathie.

Etiologie inconnue.

Mlle X..., de Lille, 18 ans et demi, reçoit de la poussière dans l'œil au cours d'un voyage en chemin de fer. On constate la présence d'un petit corps étranger à la cornée que l'on extrait sans difficulté.

Huit jours après, la jeune malade se plaint que la vue de ce même œil gauché se voile.

Examen. — La conjonctive est légèrement rouge. Il existe au niveau du tiers inférieur du limbe un peu d'injection péri-kératique.

Cornée. — L'épithélium est absolument sain, ne présentant plus trace d'ulcération ni aucune vésicule.

L'épaisseur du parenchyme cornéen est infiltrée suivant un espace triangulaire, à base inférieure limbique, à sommet supérieur central, à bords flous, mal limités. Cette infiltration, de couleur grisâtre, a un aspect granité, pointillé. La moitié supérieure de la cornée est parfaitement transparente.

On ne constate pas alors de vascularisation. l'iris paraît normal et réagit bien.

Les jours suivants, très rapidement, apparaissent une photophobie intense, des douleurs orbitaires s'accompagnant de larmolement et de blépharospasme. L'infiltration cornéenne ne s'est pas étendue, on y distingue des vaisseaux plus abondants dont quelques-uns assez superficiels, les autres profonds. Cette vascularisation respecte la moitié supérieure de la cornée.

L'iris paraît alors légèrement décoloré, mais il n'existe pas de synéchies et la dilatation pupillaire se fait complètement sous l'influence de l'atropine.

On institue un traitement énergique par des compresses chaudes et les mydriatiques.

Cet état reste sensiblement stationnaire pendant deux mois et demi. C'est alors que la jeune fille se plaint d'une violente douleur dans le genou gauche. Une hydarthrose abondante se produit. On donne pendant plusieurs mois une série de médicaments : d'abord salicylate de soude, puis iodure de potassium et frictions hydrargyriques, enfin teinture de colchique.

Les règles étaient devenues irrégulières et avant leur apparition l'état de l'œil d'une part, et celui du genou d'autre part, paraissaient empirer.

Enfin, la vascularisation diminua de haut en bas, la cornée s'éclaircit complètement, et l'acuité visuelle redevint égale à 1.

L'articulation reprit son volume et ses fonctions normales.

Dans l'année qui suivit, se reproduisirent toujours dans la moitié inférieure de ce même œil gauche trois nouvelles poussées d'infiltration et d'opacification les deux dernières moins intenses, et qui guérirent aussi parfaitement que la première.

Il n'a pas été possible de préciser la nature de cette kératite localisée, unilatérale.

L'état général de la jeune fille était bon, sauf l'irrégularité des règles et l'hydarthrose du genou, survenues toutes les deux après l'affection cornéenne, on n'a constaté aucun symptôme

fonctionnel ou physique pouvant faire porter un diagnostic causal.

L'arthropathie seule pouvait faire penser à l'hérèdo-syphilis, mais il n'y avait ni surdité ni déformations osseuses et les dents de la malade étaient superbes.

L'œil ne présentait pas de lésions choroïdiennes.

On ne notait aucune maladie infectieuse dans les antécédents.
Réglée à 12 ans.

Le père, extrêmement goutteux, ne croyait pas et ne semblait pas avoir eu la syphilis.

La mère, était une femme superbe et robuste à tempérament névropathique.

OBSERVATION XXXVI (personnelle)

Kératite interstitielle unilatérale (étiologie inconnue).

Mme veuve J..., 34 ans, se présente le 11 décembre 1902, à la consultation ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Depuis le début du mois d'octobre, son œil gauche s'est progressivement voilé. Elle a depuis ce temps du larmolement, de la photophobie, mais ces troubles fonctionnels ne sont pas très accentués.

Examen: O. G. — La conjonctive bulbaire est rouge, injectée, surtout à la partie supérieure du globe où l'on remarque plusieurs gros vaisseaux très dilatés et très flexueux. Pas de sécrétion. Demi-cercle interne d'injection péri-kératique.

La cornée présente deux portions très distinctes: 1° l'une, qui comprend les deux tiers supéro-externe et inféro-interne, a conservé son aspect normal et sa transparence; 2° l'autre comprend, le tiers supéro-interne et est le siège d'une infiltration interstitielle. Cette partie infiltrée a la forme d'un triangle à

base curviligne représentée par le limbe et dont le sommet occupe le centre de la cornée. Les bords de ce triangle sont d'ailleurs flous, assez mal limités, comme si l'infiltration avait tendance à envahir les portions transparentes. A l'éclairage oblique, l'épithélium paraît miroitant, il ne présente pas d'ulcération mais a seulement un aspect légèrement chagriné. L'infiltration a une coloration gris bleuâtre, avec de nombreux petits points plus blancs, très fins et très confluent, qui lui donnent un aspect granité.

Vascularisation. — A la loupe on voit, partant du limbe, de fins vaisseaux courts et régulièrement parallèles entre eux, qui, dans leur ensemble affectent la disposition « en balai » et qui occupent les couches moyennes de la cornée dans la zone infiltrée la bordant d'un liseré rose à fines stries radiées.

La sensibilité cornéenne est légèrement diminuée dans la zone infiltrée.

La chambre antérieure a une profondeur normale. L'iris, vu dans la partie transparente est légèrement décoloré, la pupille ne présente pas de synéchies.

Le tonus n'est pas augmenté ni diminué.

O. D. — Absolument sain, légèrement myope V. O. D. = 1 avec 2,50. Fond d'œil absolument normal.

Etat général. — Aucun stigmatisme d'hérédosyphilis. Dents excellentes; ouïe normale; squelette bien développé sans déformations. L'examen le plus complet de tous les viscères permet seulement de constater: du côté de l'appareil digestif une constipation opiniâtre et du côté de l'appareil génital une légère métrite du col, diagnostiquée par M. Baussenat, chef de clinique gynécologique de la Faculté.

Les antécédents sont également peu intéressants quoique la malade, qui est intelligente, donne les renseignements les plus complets. Comme maladie oculaire, elle n'a eu qu'une conjonctivite très légère dans sa première enfance. Réglée à 13 ans, comme maladie générale elle n'a eu qu'une fièvre typhoïde bénigne à l'âge de 16 ans.

Mariée à 20 ans, elle n'a pas eu d'enfants et n'a pas fait de fausses couches.

Son père est mort âgé, sa mère vivante, n'a pas eu non plus d'avortements et les trois frères ou sœurs de la malade sont tous des adultes vivants et bien portants.

Traitement. — Compresses chaudes, atropine, pas de traitement général.

20 décembre : O. G. — La conjonctive est rouge et injectée. L'injection péri-kératique complète encadre toute la cornée d'un cercle violet foncé. L'épithélium cornéen est chagriné. La zone d'infiltration s'est étendue à toute la cornée et il n'existe plus qu'un étroit croissant transparent inféro-interne. La vascularisation présente deux série de vaisseaux. Les uns superficiels forment, sous l'épithélium, un gros cordon rougeâtre qui se rend au centre opacifié.

On voit de plus les nombreux vaisseaux profonds parallèles qui se sont développés dans la partie supéro-externe. Malgré l'absence d'étiologie syphilitique on ajoute au traitement local un traitement général (frictions à l'onguent napolitain et iodure de potassium à l'intérieur.

Jusqu'au 20 janvier 1903, la malade continue ce traitement. Ce jour-là je trouve la conjonctive presque normale ; moins d'injection péri-kératique. Sous l'épithélium chagriné, l'infiltration cornéenne est plus diffuse mais moins opaque. Il n'existe que deux ou trois îlots blanchâtres, très opalescents, occupant le centre de la cornée. Toute trace de vascularisation sous-épithéliale a disparu et les vaisseaux profonds sont nombreux et conservent leur caractère. On les voit surtout en haut et en dedans, en bas et en dehors ils sont rares.

L'iris que l'on peut apercevoir est dilaté au maximum. Le tonus est normal. La vision meilleure 3/10.

Sur les conseils du docteur Bourdeaux, j'instille à plusieurs reprises une solution de Dionine à 5 0/0. une réaction intense se produit et l'éclaircissement suit rapidement.

Le 7 février. — La malade cesse tout traitement.

Le 15 février. — La transparence cornéenne est à peu près complète. A un fort grossissement on aperçoit encore des vaisseaux profonds $V = 7/10$.

J'ai revu la malade le 3 septembre 1903. Vog 1. L'examen de l'œil précédemment malade, pas plus que celui du côté opposé, pas plus que l'examen général ne m'a permis de découvrir une lésion quelconque ni de préciser l'étiologie de la kératite interstitielle unilatérale aujourd'hui guérie.

OBSERVATION XXXVII (Personnelle).

Kératite interstitielle unilatérale, étiologie inconnue.

Mme D..., 35 ans, s'est aperçue, vers le 15 mai 1903, que la vue de son œil gauche se troublait. Comme elle travaille assise près d'une porte, elle a cru d'abord avoir « attrapé un coup d'air » mais elle ne se guérit pas, c'est pourquoi elle consulte à l'Hôtel-Dieu le 7 juin 1903.

Examen. — La conjonctive qui a, du côté temporal, sa coloration normale est rouge en haut, en dedans et en bas ; du côté nasal on voit six gros vaisseaux conjonctivaux, flexueux et peu ramifiés qui s'arrêtent au niveau du limbe.

Un demi-anneau d'injection périkeratique entoure la moitié interne de la cornée.

L'épithélium de celle-ci est encore miroitant, une infiltration plus ou moins accentuée a pourtant envahi le parenchyme dans toute son étendue.

On remarque dans la cornée trois zones distinctes.

1° Sur toute la périphérie, près du limbe, il existe encore une transparence notable.

2° Une zone moyenne est constituée par un anneau opacifié

qui entoure le centre. Cet anneau n'a pas lui-même partout un aspect uniforme. Dans sa moitié nasale il est parfaitement opaque et grisâtre; dans sa moitié temporale il présente au contraire une fine striation avec des rayons centrifuges alternativement clairs et opaques.

3^e Le centre de la cornée n'est que légèrement opacifié. La pupille est totalement dilatée par l'atropine. Le fond de l'œil est inexplorable.

O. D. L'œil droit ne présente extérieurement aucune altération. A l'examen ophtalmoscopique je constate l'existence d'un petit cadre pigmentaire de la papille. Les vaisseaux de celle-ci paraissent normaux. La zone péripapillaire me semble avoir une teinte légèrement ardoisée, tout à fait à la périphérie et en bas il y a deux petites taches choroïdiennes noirâtres. V = 1.

Etat général. — La malade est une femme petite, d'apparence robuste, les poumons sont sains, le tube digestif fonctionne bien, l'analyse des urines, l'épreuve de la glycosurie alimentaire prouvent l'intégrité du rein et du foie. Le caractère est impressionnable, mais il n'y a pas de stigmates d'hystérie. La peau n'a pas de cicatrices, le squelette est bien développé, les dents sont belles et saines, quoique légèrement petites. M. le docteur Gellé a fait au point de vue oto-rhino-laryngologique des constatations purement négatives. Comme la malade se plaint de pertes blanches et d'irrégularité des règles, M. le professeur agrégé Mauclair examine les organes génitaux et les trouve normaux.

Antécédents personnels. — C'est la première fois que cette personne a mal aux yeux; dans son enfance elle n'a pas eu de maladie générale grave. Réglée à 13 ans, elle s'est mariée à 20, n'a pas fait de fausse couche et n'a pas eu d'enfants. L'interrogatoire le plus serré, repris plusieurs fois, ne m'a donné aucune présomption de syphilis acquise.

Depuis 2 ans, la malade travaille dans un atelier à mettre des vernis et des peintures dans des boîtes. Elle a eu, il y a un an environ, une constipation assez opiniâtre; c'étaient peut-être

des coliques de plomb? Elle manie maintenant surtout du blanc de zinc. J'ai cru remarquer qu'elle se grattait fréquemment l'œil gauche et le conduit de l'oreille externe avec sa main gauche, main qui, d'après ses explications, reste le plus longtemps libre au cours du travail. Cette cause d'irritation n'a pourtant pas déterminé de conjonctivite.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, la mère n'a jamais fait de fausse couche, frères et sœurs mariés et bien portants.

Traitement. — Compresses chaudes, atropine. Frictions mercurielles.

20 juin. — La malade, qui jusqu'à ce jour n'avait pas souffert est prise de douleurs orbitaires et de photophobie. La conjonctive est très rouge, l'injection périkeratique est très forte. La cornée est légèrement opacifiée, présente des îlots grisâtres dont la disposition en demi-cercle du côté nasal rappelle la disposition décrite ci-dessus. Il existe quelques petits vaisseaux profonds, courts, dans la moitié interne.

La partie externe, plus transparente, laisse voir l'iris, qui est refoulé. La pupille, malgré l'atropine, est à moitié contractée. La chambre antérieure est profonde, le tonus légèrement exagéré. On continue le traitement.

Août 2. — Conjonctive très vascularisée, épithélium cornéen absolument lisse; persistance de la disposition annulaire des opacités. Le côté interne toujours plus trouble, à ce niveau on voit trois taches rouges superficielles, sous-épithéliales en relations directes avec les gros vaisseaux périkeratiques. Plus profondément vaisseaux fins « en balai » peu nombreux.

La sensibilité cornéenne est diminuée, la pupille est bien dilatée. J'ai prescrit à la malade de continuer le traitement local, compresses chaudes et atropine et j'ai substitué aux frictions mercurielles le salicylate de soude à l'intérieur, 4 grammes.

Août 23. — Une poussée douloureuse se produit ce jour là

immédiatement avant l'apparition des règles, celles-ci commencent et tous les symptômes fonctionnels s'améliorent. Il n'existe plus de photophobie ni de larmolement.

Août 27. — La cornée présente deux parties bien distinctes : la moitié externe a presque repris sa transparence, on n'y voit pas de vaisseaux. La moitié interne nasale est occupée par un croissant opalescent, d'aspect uniforme, grenu, avec un gros îlot blanchâtre à la partie supérieure. A la loupe on distingue dans cette moitié interne de fins vaisseaux profonds, « en balai » qui s'avancent jusqu'au bord de la zone éclaircie, mais n'atteignent pas le centre. L'iris, sans synéchies, se dilate bien.

Les semaines suivantes l'amélioration continue.

Septembre 10. — Je revois la malade, la cornée est à peine opalescente dans sa partie nasale, un ou deux vaisseaux profonds s'y distinguent avec peine, l'iris est normal, le fond d'œil visible.

A la périphérie la choroïde m'a paru présenter une pigmentation suspecte. V : 1/2.

OBSERVATION XXXVIII (personnelle)

Kératite interstitielle au cours d'un allaitement.

H.... Jeanne, 24 ans, nourrice, se présente le 18 mars 1903, à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Au cours d'un allaitement mercenaire, elle s'est aperçue que son œil gauche se voilait. Depuis les premiers jours de janvier, sans qu'elle ait souffert, sa cornée est devenue grisâtre et l'acuité visuelle a progressivement diminué : elle distingue maintenant simplement le jour de la nuit. Elle a un peu de larmolement et une photo-

phobie légère. L'œil droit est absolument sain ; un médecin de la famille où elle était placée a fait cesser l'allaitement.

Examen. — O. G. La conjonctive bulbaire est rouge ; on y voit de gros vaisseaux dilatés et flexueux, surtout abondants à la partie supéro-interne du globe.

Il existe un anneau violacé d'injection périkeratique plus net en haut et en dedans.

Cornée. — Epithelium sain, sans ulcérations, mais présentant à l'éclairage oblique un aspect finement chagriné.

L'épaisseur de la cornée est infiltrée dans toute son étendue ; elle présente un aspect grenu, irrégulier, de coloration grisâtre, où l'on remarque de fins îlots plus opaques qui sont surtout abondants et serrés les uns contre les autres à la partie centrale.

Vascularisation. — Avec une loupe très grossissante et en s'aidant de l'éclairage oblique on voit, dans les couches profondes de la cornée de fins vaisseaux qui partent du limbe, surtout de sa partie interne, et se dirigent vers la partie centrale très opacifiée en émettant de nombreux ramuscules.

Il n'existe pas de vaisseaux superficiels ni de vaisseaux affectant la disposition dite en balai.

Sensibilité de la cornée diminuée, surtout au centre, mais il n'y a d'anesthésie complète en aucun endroit.

Iris et fond d'œil inexplorables.

Tonus normal.

O. D. Cornée parfaitement transparente.

Fond d'œil paraît normal sans lésions choroïdiennes périphériques. Il existe un petit staphylome postérieur (croissant temporal).

La pupille ne présente d'ailleurs rien de remarquable.

V. o. d. = 1 avec - 2 d.

Etat général. — La santé de cette personne est, par ailleurs, excellente. Un examen complet de tous ses viscères ne fait rien constater d'anormal.

On remarque en particulier qu'elle n'a pas de surdité ni de

lésions buccales. Ses dents sont magnifiques, son squelette et en particulier ses tibias ont une configuration parfaite.

Elle avait du reste été soigneusement examinée par les médecins qui l'avaient fait placer comme nourricie dans la famille où elle se trouve encore actuellement.

Antécédents personnels. — A 13 ans, la malade semble avoir eu une première fois une double keratite parenchymateuse qui ne dura que deux ou trois mois, disparut à la première apparition des règles et ne laissa pas de traces, ainsi que j'ai pu m'en convaincre à l'examen de l'œil droit.

A dix huit ans et demi elle a un premier enfant qui est actuellement vivant et bien portant et qui, dit elle, est même un enfant très robuste. A 22 ans, elle a un second enfant âgé actuellement de 2 ans, et qui, bien qu'il ne soit pas du même père que son aîné est tout aussi robuste.

Ces renseignements sont d'ailleurs confirmés par les médecins.

Jamais de syphilis acquise, jamais de rhumatismes.

Antécédents héréditaires. — On n'a aucun renseignement sur le père et la mère qui sont inconnus.

Traitement. — Malgré l'absence de signes certains d'hérédosyphilis, en raison de l'aspect de la cornée et de la première poussée probable de kératite survenue à 13 ans. M. le professeur de Lapersonne fait instituer un traitement général : piqûres de biiodure de mercure 0,004 milligrammes par jour.

Localement compresses chaudes et atropine.

La malade, admise à l'hôpital, suit rigoureusement ce traitement jusqu'au 9 avril.

9 avril. — Examen avant le départ. Aucun trouble irritatif.

Peu d'injection périkeratique.

Cornée, transparente à la périphérie, au centre et à la partie inférieure et externe subsiste une infiltration légère, grisâtre, avec deux îlots très opaques para-centraux. Vascularisation très

faible, sauf à la partie supérieure où il existe, partant du limbe, un étroit ruban de fins vaisseaux parallèles disposés en balai mais n'atteignant pas la zone centrale opacifiée.

Iris dilaté au maximum sans synéchies.

Fond d'œil normal. Vog = 1/6.

La malade continuera le traitement général et mettra dans l'œil de la pommade au précipité jaune.

27 mai. — L'amélioration continue. Vog = 1/2.

A travers la cornée tout à fait transparente dans sa moitié supérieure et dépourvue de vaisseaux, l'iris étant dilaté par l'atropine on peut examiner le fond d'œil qui paraît normal et sans stigmates périphériques d'hérédosyphilis.

Continuation du traitement, substitution de frictions mercurielles avec piqures.

La malade part à la campagne et au bord de la mer avec ses maîtres.

15 septembre. — A son retour, la malade est examinée.

La cornée ne présente plus qu'un léger trouble dans sa moitié inférieure Vog = 2/3 avec — 2.

L'œil droit est toujours sain, et l'état général excellent.

OBSERVATION XXXIX (inédite)

(Aubineau.)

Kératite interstitielle unilatérale à forme sclérosante.

(*Étiologie inconnue.*)

Kerd..., 21 ans, garde forestier, est un garçon admirablement constitué. Rien à noter dans les antécédents personnels et héréditaires.

Père et mère robustes. Six frères et sœurs vivants et bien portants.

Kerd... est revenu, l'an dernier, du service militaire. C'est depuis cette époque qu'il éprouve de temps en temps dans l'œil gauche une sensation de pesanteur, en même temps son œil devient rouge. Il consulte successivement un médecin du Faou, qui le soigne par l'atropine et un confrère de Morlaix qui pratique une péritonie partielle.

Je vois le malade pour la première fois en janvier 1899. Je constate alors en haut et en dehors, dans la cornée, deux zones absolument opaques : l'une plus petite, arrondie, centrale ; l'autre plus vaste, s'étendant jusqu'à la périphérie de la cornée ; c'est à ce niveau que la conjonctive a été abrasée comme en témoigne la présence d'une cicatrice.

La pupille est grande, mais très irrégulière en raison de synéchies postérieures épaisses.

Malgré l'iritis, le patient n'a jamais eu de vives douleurs frontales. Il y a une injection péri-cornéenne de teinte spéciale qui fait penser à de l'épisclérite et à de la scléro-choroïdite antérieure. Tension semble normale $V = 1/15$.

Traitement. — Iodure de potassium ; pilocarpine, compresses chaudes.

18 mars. — Amélioration $V = 1/10$. Opacité cornéenne se vascularise. Je remplace pilocarpine par atropine.

25 avril. — Kerd... me revient avec de nouveaux troubles cornéens centraux qui provoquent une diminution considérable de la vue, troubles parenchymateux, très serrés, tendant déjà à former une opacité épaisse au centre de la cornée.

Traitement. — Injection sous-conjonctivales de sublimé. Collyre atropine pendant 8 jours. Huit jours repos, puis pilocarpine.

Je ne revois le malade qu'en mars 1900. Il y eut, me dit-il, dans son œil une accalmie complète et il cessa tout traitement.

A la fin de février 1900 est survenue une nouvelle poussée,

pas de douleurs, mais une gêne avec rougeur et diminution de la vision.

La kératite parenchymateuse tend à s'étendre et gagne les parties inférieures de la cornée.

Mai 1900. — L'état de l'œil ne s'améliorant pas, je pratique une iridectomie supérieure dans le but d'éviter les rechutes (qui s'accompagnent toujours d'iritis et d'améliorer la vision).

L'opération eut un résultat éminemment favorable et très rapide.

La rougeur épiscélérale et conjonctivale disparut complètement, en même temps que les troubles cornéens, devenant moins opaques perdaient leur aspect de sclérose.

Depuis cette date, j'ai revu Kerd... à plusieurs reprises. L'opacité cornéenne centrale s'est éclaircie et la vision de l'œil est remontée à 1/4.

Toutefois, la kératite parenchymateuse a laissé des traces, et mon dernier examen, qui date de janvier 1903, me fait croire que la cornée ne reprendra jamais sa transparence complète.

Il s'agit donc d'une forme grave, sclérosante de kératite parenchymateuse dont la cause m'échappe absolument.

OBSERVATION XL (inédite)

Aubineau

Kératite interstitielle uni-latérale à forme sclérosante
(Etiologie inconnue)

Nous voyons pour la première fois, le 18 mars 1902, M. D... âgé de 33 ans, qui vient nous consulter pour une rougeur de l'œil gauche, survenue depuis cinq jours.

Nous observons une injection de la conjonctive et de l'épiscière qui encadre toute la cornée, injection plus accentuée à la partie supéro-externe ; ces parties périphériques de la cornée sont un peu troubles et en certains endroits, notamment à la partie supéro-externe, les vaisseaux conjonctivaux s'avancent un peu sur la membrane cornéenne.

Il n'y a aucune sensibilité de l'œil.

La pupille, ordinairement ouverte, se contracte facilement.

Nous faisons le diagnostic d'épiscélérte avec sclérose péri-cornéenne ou kératite parenchymateuse au début.

L'examen de l'état général que nous faisons faire par notre collègue Lenoble, est absolument négatif. Dans les antécédents héréditaires on note : père épileptique, deux oncles paternels épileptiques, tante paternelle morte tuberculeuse. Mère et tante maternelle morte de tuberculose.

Traitement. — Cocaïne et pilocarpine.

29 mars. — Injections peri-cornéennes plus pâles.

Avril. — Le 5 avril, la cornée se trouble, une infiltration diffuse qui part de la périphérie tend à gagner le centre. Cet état persiste jusqu'au 25 avril, malgré les injections sous-conjonctivales que nous pratiquons.

Mai. — L'épiscélérte disparaît, mais on remarque sur la cornée deux zones d'infiltration qui se font face et commencent à masquer la pupille. Bien qu'il ne se manifeste pas d'iritis, nous remplaçons la pilocarpine par l'atropine.

Injections sous-conjonctivales d'eau salée.

Juin. — La kératite parenchymateuse s'accroît.

Juillet. — Le centre de la cornée est envahi par l'opacité interstitielle.

Avût. — Toute la cornée est prise. L'opacité a une teinte blanchâtre de sclérose qui ne permet même pas de distinguer la couleur de l'iris.

M. D... n'est pas revenu. Mais nous l'avons suivi et l'avons vu plusieurs fois en dehors de notre cabinet. Il est allé consulter à Paris le docteur Parinaud qui a pensé à une manifesta-

tion tardive de syphilis héréditaire et a fait pratiquer des injections mercurielles intra-musculaires.

Il n'y a eu aucune amélioration et actuellement (septembre 1903), 18 mois après le début de l'affection, la vision est abolie par l'opacité absolue de toute la cornée.

OBSERVATION XLI

(Sulzer).

Kératite interstitielle, sans lésion épithéliale, survenue dans le cours d'un zona ophtalmique.

Mlle Ch., 89 ans, est envoyée à la clinique le 13 janvier 1898, par son médecin.

Elle a joui d'une bonne santé habituelle jusqu'à l'âge de 80 ans. Depuis dix ans, elle souffre de bronchite et d'asthme.

L'affection actuelle a débuté le 27 décembre 1897, par des douleurs intolérables du côté gauche de la tête. Ces douleurs s'aggravent la nuit et produisent une insomnie complète.

Presque aussitôt, la peau du front et le cuir chevelu présente une lésion. D'abord, les pourtours supérieurs de l'orbite, le front et le cuir chevelu deviennent enflés. Puis ces parties deviennent le siège d'une éruption vésiculaire qui se dessèche bientôt et forme des croûtes. Depuis huit jours, ces croûtes suppurent.

Etat actuel. — Le pourtour de l'orbite, la paupière supérieure, la moitié gauche du front jusqu'à la région temporale,

(1) Sulzer. *Contribution à l'étude du zona Ophtal.* *Annal. d'ocul.* CXIX 1898, p. 413.

la région fronte-pariétale gauche du cuir chevelu sont le siège des lésions suivantes : rougeur diffuse avec œdème d'aspect erysipélateux : par places, surtout sur le front, la peau présente des croûtes adhérentes de forme irrégulière, de couleur jaune brunâtre. Entre ces croûtes, suinte un liquide sans odeur.

Les paupières sont œdématiées.

La paupière supérieure porte une croûte qui s'étend jusque sur le dos du nez, où elle finit au niveau de la ligne médiane.

Les conjonctives sont gonflées, rouges et injectées.

La cornée gauche présente une anesthésie prononcée ; elle est le siège d'un léger trouble bleu grisâtre qui l'envahit en totalité. La couche épithéliale est complètement intacte.

La paupière supérieure et la région frontale sont légèrement anesthésiées.

28 janvier. — L'éruption cutanée est en pleine cicatrisation et les douleurs ont beaucoup diminué. L'anesthésie du front et des paupières gauches persiste, ainsi que l'anesthésie de la cornée. Celle-ci est moins trouble et ne présente aucune lésion épithéliale à l'ophthalmoscope. On constate quelques troubles du cristallin ; les membranes profondes sont normales.

30 avril. — Le front, du côté gauche de la racine du nez, et la paupière supérieure, présentent des cicatrices caractéristiques. Ces parties présentent toujours une anesthésie marquée. L'anesthésie de la cornée persiste également. Le centre de cette membrane est clair, tandis que les parties excentriques sont le siège d'un léger trouble en forme de couronne. En examinant les parties troubles de la cornée à l'aide de la lumière transmise et d'une loupe, on voit que la substance propre est occupée par un feutrage de lignes noires fines qui n'ont pas la disposition des vaisseaux néoformés dans la kératite interstitielle, par exemple, ni celle des espaces lymphatiques. Il n'y a aucune trace de lésion épithéliale récente ou

ancienne. La pupille est dilatée, presque immobile. Il y a une cataracte commençante.

OBSERVATION XLII

(Morax) (1)

Kératite interstitielle, sans lésion épithéliale survenue dans le cours d'un zona ophtalmique.

Mme M..., 75 ans, se présente le 13 mars 1897, avec une éruption frontale limitée au côté gauche et des troubles oculaires de ce côté. L'affection a débuté dans les premiers jours de mars par de violentes douleurs névralgiques auxquelles a succédé une éruption zosteriforme sur la paupière supérieure, la base du nez et la région frontale gauche. Cette éruption a été traitée par des applications de poudre d'oxyde de zinc et actuellement, il ne reste plus que quelques croûtes brunâtres, les douleurs ont disparu et ce sont les troubles oculaires seuls qui préoccupent la malade.

Dans les antécédents, nous ne relevons que l'existence de lésions ostéo articulaires qui ont intéressé le métacarpe, l'extrémité du radius, le coude et qui pendant plusieurs années entre 1883 et 1890, ont nécessité des interventions multiples. Actuellement, il persiste des cicatrices adhérentes aux extrémités osseuses. Il s'agit, selon toute vraisemblance, de lésions bacillaires.

Etat actuel. — L'œil droit est normal $H = + 2 d$, $V = S/10$. À gauche, il existe un léger ptosis; mais la motilité oculaire est normale.

La cornée est uniformément trouble, mais ce trouble n'est

(1) Morax, cité par Sulzer, *Annal. d'ocul.*, CXIX, 1898, p. 114.

pas très marqué et il permet d'explorer l'iris et la pupille. La surface cornéenne est un peu terne et dépolie, mais on ne constate en aucun point d'érosion épithéliale ou d'infiltration plus accusée superficielle ou profonde. La sensibilité cornéenne est très notablement diminuée, mais elle persiste encore dans une certaine mesure.

On constate quelques synéchies postérieures. Le fond de l'œil n'est pas visible à l'ophtalmoscope. A l'éclairage oblique, il présente un aspect glauque comme si le vitré était troublé. La tension oculaire est normale.

La malade compte les doigts à cinquante centimètres. Le traitement consiste en instillations d'atropine et dans le port d'un pansement occlusif humide.

22 mars 1897. — Le trouble cornéen est moins étendu, moins de sécrétion. La sensibilité cornéenne est plus parfaite. Peu de douleurs névralgiques.

27 mars. — Amélioration très marquée. Le trouble cornéen est limité à un point central. La malade compte bien les doigts et lit les cinq premières lignes de la table avec + 3 diop : elle se plaint de douleurs névralgiques.

3 avril. — Il n'y a plus de troubles cornéens.

On peut éclairer le fond de l'œil : $V = 1/20$.

Les phénomènes douloureux sont peu marqués.

12 avril. — $V = 5/35$. Il y a un peu d'effacement de la chambre antérieure. Tension normale. Anesthésie de la peau du front.

23 avril. — Cornée transparente hypoesthésique. Un peu de projection de l'iris et de l'effacement de la chambre antérieure.

A distance avec + 1, 5. $V = 5/25$.

L'œil droit lit avec un verre convexe de 5 d, le n° 3.

L'œil gauche lit avec un verre convexe de 6 d, le n° 6.

La tension est normale. La région frontale complètement cicatrisée.

4 mai. — Avec + 2 $V = 5/10$ des 2 yeux. Léger ptosis de la paupière supérieure gauche.

La cornée gauche est complètement transparente.

OBSERVATION XLIII

Terrien (1)

*Kératite interstitielle, sans lésion épithéliale précédant
l'apparition d'un zona ophtalmique*

Mme Louise A..., âgée de 59 ans, vient consulter à la clinique ophtalmique de l'Hôtel Dieu, le 11 décembre 1899, pour une affection aiguë de l'œil gauche survenue quelques jours auparavant. Vers le 4 ou 5 décembre, en se réveillant, elle ressentit une sensation de picotements et de démangeaisons du côté du globe et s'aperçut que l'œil était rouge.

La rougeur, au dire de la malade, était seulement localisée à la partie supéro-externe du limbe scléro-cornéen. Les lavages à l'eau boriquée, répétés plusieurs fois par jour, ne donnent aucun résultat, et c'est ce qui l'amène à l'hôpital.

La malade n'a jamais souffert des yeux : les antécédents ne révèlent rien de particulier et les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Examen du globe. — La partie supéro-externe de la région sclérale avoisinant le limbe est rouge, infiltrée, légèrement douloureuse à la pression, et l'aspect rappelle un peu celui de l'épiscélérte rhumatismale ; mais à ce niveau toute la région du limbe scléro-cornéen et le secteur supéro-interne de la cornée avoisinant le limbe présentent une infiltration diffuse, qui s'étend jusqu'au niveau de la pupille.

L'épithélium cornéen est respecté ; la pupille est étroite.

(1) Terrien. *Archiv. d'ophtalm.* XX. 1900. p. 451.

réagit peu à peu à la lumière et il existe une légère contracture des paupières accompagnée de larmolement.

Le fond de l'œil, difficile à voir en raison du trouble de la cornée, semble normal. V. = $\frac{1}{5}$ de cet œil.

Le diagnostic qui vient le premier à l'esprit est celui de la kératite interstitielle diffuse de forme atypique, comme on en observe quelquefois chez des adultes où l'affection reste limitée à la partie supérieure de la cornée, au voisinage du limbe scléro-cornéen, sans envahir le reste de la membrane.

En présence de l'injection périkeratique et épisclérale avoisinante, la malade accusant quelques douleurs dans les membres et se disant rhumatisante, on prescrit du salicylate de lithine à l'intérieur, et le traitement local consiste en instillations d'atropine et en compresses chaudes appliquées plusieurs fois par jour sur l'œil malade.

L'état reste sensiblement stationnaire dans les jours qui suivent ; mais le 18 décembre, soit environ quinze jours après le début de l'affection oculaire, survint une éruption de vésicules à la partie supéro-interne de la région frontale, laquelle éruption fut précédée de douleurs vives à ce niveau et dans tout le côté gauche de la tête deux jours auparavant.

Lorsque la malade revient, quelques jours plus tard, les vésicules ont disparu et sont remplacées par de petites croûtes brunâtres et, par places, la peau est légèrement anesthésiée à ce niveau.

Sur la conjonctive, au niveau de l'injection sclérale et au voisinage du limbe, on voit une petite éruption formée par quatre ou cinq vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, et la sensibilité cornéenne est moindre en cet endroit.

Dans les jours qui suivirent il survint de nouvelles poussées de vésicules herpétiques, accompagnées de douleurs péri orbitaires assez vives, puis peu à peu l'infiltration disparut et le 15 février, c'est-à-dire deux mois et demi environ après le

début des accidents, l'infiltration avait disparu ; seule une légère douleur de la sclérotique persistait à ce niveau et l'acuité visuelle de cet œil était redevenue normale.

CONCLUSIONS

I. — Dans toutes les kératites interstitielles de l'adulte les infiltrations parenchymateuses de la cornée ont des caractères cliniques communs.

a) Unilatéralité très fréquente.

b) Opacification le plus souvent diffuse, variable, d'un jour à l'autre, dans son aspect et sa situation.

c) Vascularisation, généralement peu abondante, occupant les couches profondes et affectant la disposition en balai.

d) Uvéite du segment antérieur constante alors même qu'elle n'est pas cliniquement évidente.

e) Évolution un peu plus rapide que chez l'adolescent : terminaison possible par éclaircissement complet souvent aussi persistance d'opacités localisées ou sclérose de la cornée.

II. — L'aspect objectif des infiltrations interstitielles de la cornée, ne peut pas conduire au diagnostic étiologique, la lésion n'est pas spécifique. Il faut donc surtout

tenir compte de l'examen général et des antécédents personnels et héréditaires des malades.

a) Comme cause de beaucoup la plus fréquente, on note la syphilis sous forme d'héredo-syphilis, dont cette kératite est une manifestation tardive. En recherchant les antécédents on trouve assez fréquemment la syphilis acquise 8 ou 10 ans auparavant. la kératite ne serait-elle pas dans ce cas-là une manifestation dystrophique ou para-syphilitique comme dans l'héredo-syphilis ?

b) La tuberculose du segment antérieur peut déterminer l'infiltration cornéenne localisée persistante, mais il y a de plus chez les scrofulo-tuberculeux, des kératites parenchymateuses paraissant bien relever directement de l'infection bacillaire atténuée. (Manifestation para-tuberculeuse).

c) La lèpre est une cause assez rare, mais facile à diagnostiquer.

d) L'épisclérite rhumatismale donne lieu à des infiltrations bien connues, mais il existe aussi des kératites interstitielles rhumatismales.

e) L'infiltration interstitielle de la cornée sans lésions épithéliales s'observe avant ou au cours du zona ophtalmique.

f) Les kératites d'origine paludéenne ou consécutives à l'influenza, à la blennorrhagie, aux infections dentaires, utérines etc., dont l'existence est démontrée par des observations bien prises, sont néanmoins des causes exceptionnelles.

III. — Au point de vue de la Pathologie générale l'in-

filtration interstitielle de la cornée peut s'expliquer de la façon suivante.

Dans une toxémie, à la production de laquelle l'infection prend une part prépondérante et l'auto-intoxication, une part accessoire, la partie antérieure du tractus uvéal s'enflamme, la vaso-dilatation inflammatoire amène dans le voisinage une exsudation abondante des plasmas et des leucocytes et ce qui dans l'épaisseur d'autres tissus passerait inaperçu devient, dans cette chambre claire qu'est la cornée, un phénomène manifeste qui occupe le premier rang du tableau clinique.

D'après cette conception, l'inflammation du tractus uvéal serait donc le facteur principal dans la production des kératites interstitielles.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
De LAPERSONNE

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Traité pratique des maladies des yeux, 1876.
- De la kératite parenchymateuse maligne. *Union médicale*, LXXXII, p. 1041, 1880.
 - Considérations cliniques et thérapeutiques sur la scrofule et la syphilis héréditaire. *Union médicale*, 1883, n° 141.
 - Congrès de Copenhague. 1884. C. R. in *Archiv. d'opht.*, IV, p. 542.
 - Manifestations oculaires de la scrofule et de la syphilis héréditaire. *Bull. soc. franc d'opht.*, 1884, p. 128.
 - De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement. *Bull. soc. franc. de dermat. et syph.* Paris, 1891, p. 208.
 - Syphilis oculaire. *Mercredi med.*, 1891, n° 14.
 - Manifestations oculaires tardives de la syphilis ; insuccès du traitement général ; succès du traitement local. *Annal. de dermat. et de syph.*, 1892, III, p. 510.
- ACHEMBACH. — Contribution à la connaissance des causes peu fréquentes de la kératite parenchymateuse typique. *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1897, p. 7.
- ADLER. — Ueber Keratitis sub epithelialis centralis. *Wien klin. Woch.*, 1889, n° 37.
- ALBERT. — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle. *Thèse*, Bordeaux, 1894.

- ALBRAND. — Bemerkungen über einige äussere Krankheiten des Auges. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1895, n° 25-26.
- ALEXANDER. — Syphilis und Auge. Wiesbaden, 1888.
- ANCKE. — 100 Fälle von Keratitis parenchymatosa diffusa. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* Aug., 1885, p. 360.
- ANTONELLI. — Les stigmates ophtalmoscopiques rudimentaires de la syphilis héréditaire. *Thèse*, Paris, 1897.
- ARLT. — Klinische Vorstellung der Krankheiten des Auges. Wien, 1881.
- AUGUSTEIN. — Etude sur les vaisseaux de la cornée et de l'iris (avec planches). *Zeitschr. für Augenheilk.*, septembre, octobre 1902, p. 317 et 454.
- BAAS. — *Klinische Monatsblätter für Augen*, 1883.
- BACH. — Die tuberc. Infection des Auges. *Archiv. für Augenheilk.* Bd. XXXVIII, 1894.
- BADAL. — De la kératite interstitielle diffuse. *Gaz. des hôp.*, 1878, n° 68.
- Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis. *Archiv. opht.*, VI, p. 104.
- Syphilis oculaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1891.
- BACERRI. — Experimentelle Keratitis parenchymatosa hervorgerufen durch Einwirkung auf das Endothel der Hornhaut. *Inaug. diss. Bâle*, 1895.
- BAKER and STORY. — Hereditary syphilis; dental malformation and diffuse interstitial keratitis. *Opht. Review*. V. n° 49, p. 321.
- BARHNAM. — *Annales d'oculistique*, 1893.
- BASLINI. — Contribution à l'étude clinique de la kératite parenchymateuse. *Soc. méd. chir. de Paris*. Mai 1902.
- BATUT. — De la tuberculose oculaire. *Médec. Toulouse*, 1892, 1. p. 178.
- BECKER. — Art. rhumatisme. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1876.
- BÉNAC. — Kératite cachectique, *Thèse*, Paris, 1881.
- BERGER. — Les maladies des yeux dans leurs rapports avec la pathologie générale. Paris, 1892.

- BINET. — Du rôle de la syphilis etc. *Thèse*, Paris, 1883.
- BOIE. — Beitrag zur Keratitis parenchymatosa aus den journalen des Universitätsaugenlinik. Kiel. *Thèse*, Kiel, 1888.
- BONGARTZ. — Ueber die Ausbreitung des tuberc. Infection, in *Auge. Inaug. Diss. Würzburg*, 1891.
- BOQUIN. — Rhumatisme oculaire et ses principales manifestations, *Thèse*, Paris, 1884.
- BOSSE. — Ueber die interstitielle Keratitis und ihren Zusammenhang mit Gelenkaffectionen.
- BOURGUET (DU). — De l'opacité cornéenne par défaut de nutrition. *Thèse*, Montpellier, 1882.
- BRENER. — Zur Lehre von der parenchymatösen Keratitis. *Inaug. Dissert. Giessen*, 1895.
- BUFFET. — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse. *Thèse*, Paris, 1877.
- BURSTENBINDER. — Ueber tubercul. Iritis und Keratitis. *Von Graefe's Archiv*. XLI, 1, 1895.
- BURUCUA. — Du rhumatisme oculaire et de ses formes peu communes. *Thèse*, Paris, 1884.
- CABANNES. — Etude sur la kératite du rhumatisme interstitielle et ulcéreuse avec quelques considérations sur la kératite interstitielle en général. *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, nov. 1901.
- CALAMY. — Kérat. interst. condylome de l'iris. *Bull. Hosp des Quinze-Vingts*, V, p. 93.
- CARBOUÉ. — De l'Iridectomie dans la kératite parenchymateuse et dans la scléro-kératite. *Thèse*, Paris, 1882, n° 336.
- CARRÉ. — Kératite parenchymateuse. *Gaz. d'opht.*, 1882.
- CAUDRON. — Tares héréditaires : tuberculose et syphilis. *Rev. gén. d'opht.*, 1887, p. 97.
- CHADECK. — *Rev. clin d'ocul.*, 1886, p. 201.
- CHEVALLEREAU. — Kératite goutteuse. *France méd.*, 2 mai 1891.
- *Bulletin de la Clinique des Quinze-Vingts*. 1895.
- *C. R. Soc. franç. d'opht.*, 1895.
- *Id.*, janv. 1899.

- CHIBRET. — Étude clinique de quelques affections synalgiques de l'œil. *Arch. opht.*, 1889, p. 420.
- A propos de la syphilis oculaire et de son traitement. *Ann. d'ocul.* IX, p. 8.
- COPPENS. — De la kératite parenchymateuse et de son traitement par l'iridectomie. *Thèse*, Paris, 1883.
- COUNDOURRIS. — Le diabète dans ses rapports avec les lésions des membranes externes de l'œil. *Thèse*, Paris, 1883.
- COUZON. — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis héréditaire et acquise. *Thèse*, Paris, 1883.
- CROUZET. — Cas d'hérédosyph. tardive oculaire et articulaire. *Rev. d'opht.*, 1891, p. 586.
- CUIGNET. — Kératite parenchymateuse graisseuse. *Rev. d'opht.*, 1880, p. 655.
- DABADIE. — De la kérat. parenchym. et en particulier de la kérat. parenchym. maligne. *Thèse*, Paris, 1880.
- DARIER. — Une forme particulière de sclérite boutonneuse. *Arch. d'opht.*, 1889, IX, p. 63.
- DAVIDSON. — Kératite menstruelle. *Ann. d'ocul.*, 1871.
- De la surdité dans ses rapports avec la kératite panniforme et les dents incisive coniques. *Ann. d'ocul.*, LXV, 1871.
- DEHENNE. — Du traitement chirurgical de la kératite interstitielle. *Union méd.*, 1884, p. 287.
- DENARIÉ. — Sur un cas de kératite syphilitique. *Lyon méd.*, 1882, p. 49.
- Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, gomme de la cornée. *Thèse*, Lyon, 1883.
- DENIAU. — Influence des maladies de l'appareil utéro-ovarien sur le système oculaire de la femme. *Rev. gén. de clin. et théor.*, 20 sept. 1888.
- DENIG. — Ueber die Häufigkeit der Localtuberculose des Auges. *Arch. f. Angenheilk.*, Bd. XXXI, 1895.
- DESMARBAIX. — Iritis spécifique malin double avec kératite interstitielle. *Gaz. des hôp.*, 1870.

- DESMAZES. — Essai sur les kérat. int. et leurs principales causes. *Thèse*, Paris, 1875.
- DESPAGNET. — Troubles de nutrition des deux cornées à la suite d'une fièvre gastrique. *Ann. d'ocul.*, 1888, C. p. 156.
- Kératite sclérosante progressive. *Soc. fr. d'opht.*, 2 avril 1895, *in arch. d'opht.* XV, 1895, p. 712.
- DESVAUX. — Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse. *Thèse*, Paris, 1897.
- DIEZ. — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse. *Zeitschr. für. Augenheilk.*, 1899.
- DOMINCO. — Ueber angeborene Hornhauttrübungen.
- DOR. — Deux cas d'affection oculaire dépendant de la menstruation. *Bull. de la Soc. franc. d'oph.*, 1884, p. 152.
- DROGNAT LANDRÉ. — *Annales d'ocul.*, LXXIII, 1875, p. 254.
- DUFOUR. — Etiologie et traitement de la sclérite. *Arch. d'opht.*, 1888, p. 255.
- DUMAS. — Ueber Keratis parenchymatosa. *Thèse*, Kiel, 1899.
- DUMONT. — Kératite de l'œil gauche syphilis héréditaire. *Bull. des Quinze-Vingts*, 1886, p. 69.
- DUMONT (M.). — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse chez l'adulte. *Thèse*, Toulouse, 1897.
- DUNN. — *Annales d'oculistique*, 1885.
- DUPRÉ. — Deux observations d'hérédo-syphilis tardive. *France méd.*, 1888, n° 31.
- EGGER. — Ueber Keratitis parenchymatosa circumscripta. *Inaug. Diss.* Basel, 1888.
- ELIASBERG. — Observations ophtalmologiques. *Arch. d'oph.*, XIII, 1893, p. 137.
- EPERON. — Etude clinique sur la tuberculose. *Arch. d'opht.*, III, 1883, p. 485.
- ETIENNE. — De la tuberculose de la conjonctive et de la cornée. *Thèse*, Lyon, 1896.
- FANO. — De l'emploi du salicylate de soude. *Journ. d'ocul.*, 1885, 149.
- FEHR. — Deux observations de forme sévère de kératite paren-

- chymateuse due à l'héredo-syphilis. *Soc. opht. de Berlin*, fév. 1901.
- FERRET. — Note sur la kératite d'Hutchinson. *Bull. de l'Hosp. des Quinze-Vingts*, 1883, p. 139.
- FLARER. — *Giornale ital di malad. venere e di Pelle*, 1870.
- FONTAN. — Anatomie pathologique de la kératite ponctuée. *Rev. d'oph.*, nov. 1888.
- FÖRSTER. — Graefe-Saemisch. Handbuch d. Augenheilkunde Bd. VII.
- FORTIN. — Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédosyphilitiques. Paris, 1896.
- FOURNIER. — *Journal d'opht.*, I 1872, p. 543.
- *Leçons sur la syphilis de la femme*, 1873.
- *Leçons sur la syphilis héréditaire tardive* (recueillies par le docteur Barthelemy, 1883.
- *Leçons sur la syphilis héréditaire*, 1886.
- La syphilis héréditaire tardive. *Rec. d'opht.* 1886, p. 5.
- Accidents de syphilis héréditaire survenus à l'âge de 30 ans. *Gaz. hebdom.*, 1886.
- Des ophtalmies de la syphilis héréditaire tardive. *L'Iritis. Rec d'opht.* III, p. 65.
- FRANKE. — Anatomie pathologique de la lèpre oculaire IX *Cong. Int. d'opht.* 1899.
- FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie. (Trad. Lacompte et Leplat, 2^e édition.)
- Keratitis annularis et disciformis. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, juillet 1901, p. 513.
- Sur les opacités nodulaires de la cornée. *Von Graefe's Archiv. für Opht.* LIII, f. III, mars 1902.
- GALEZOWSKI. — *Rec. d'Opht.*, octobre 1878, p. 302.
- Sur la kératite glycosurique. *C.-R. Soc. Biol.* 1880, V.
- Les affections scrofuleuses. *Journ. de thérapie*, 1882.
- Les affections oculaires rhumatismales. *Journ. de thérap.*, 1883, p. 124.
- Des altérations du cercle ciliaire et de l'examen ophtalmos-

- copique de cette région dans les maladies constitutionnelles et dans la myopie. *Ann. d'ocul.*, 1892, p. 465.
- De la syphilis oculaire héréditaire. *Ann. d'ocul.*, 1895, CXIII, p. 59.
- *Rec. d'opht.* 1^{er} septembre 1897.
- GALLIGO. — Sur la kératite provenant de la syphilis héréditaire. *Gaz. méd. de Lyon*, 1866, p. 113.
- GANDAR. — Etiologie de la kératite interstitielle. *Thèse*. Lyon, 1893.
- GAYET. — Article « Cornée », *Dict. encycl. des Sc. méd.*
- Eléments de clinique ophtalmologique, 1893.
- GENDRON. — Etude sur quelques cas oculaires d'origine interne. *Thèse*, Paris, 1890.
- GILLET DE GRANDMONT. — Syphilis ou tuberculose de l'iris. *Soc. franç. d'opht.*, 2 juin 1891.
- Des manifestations syphilitiques oculaires. *Ann. d'ocul.*, 1886, XCV.
- GLEY et ROCHON-DUVIGNEAUD. — Contribution à l'étude des troubles trophiques chez les chiens thyroïdectomisés. *Arch. de phys.*, 1894.
- GLEY et TERSON. — *C.-R. Soc. de Biol.*, 1894.
- GOLESCEANO. — Sensibilité de la cornée dans la kératite interstitielle. *Soc. franç. d'opht. Cong.* 1903.
- GORECKI. — *Soc. franç. d'opht.*, juillet 1895.
- GRADENIGO. — Observation d'iritis tuberculeuse. *Ann. d'ocul.*, 1870, LXIV, p. 174.
- GRANDCLÉMENT. — Observation d'une jeune fille atteinte de myxœdème et de K. P., etc. *Ann. d'ocul.*, 1899, CXXII, p. 274.
- GREEFF. — Keratitis parenchymatosa. *Drasche's Bibl. der ges. med. Wissenschaften Wien*, 1896.
- Die Keratitis interstitialis (parenchymatosa) in ihren Beziehungen zu allgemeiner Krankheiten, 1897.
- GRUBER. — De la circulation interstitielle de la cornée. *Von Graefe's arch. für opht.*, XL, f. 5, pp. 25 64.

- GRUNERT. — Kératite annulaire. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*
- HAENSELL. — Lésions oculaires expérimentales de la syphilis. *Bull. des Quinze-Vingts*, 1894, t. II.
- HALTENHOFF. — Etiologie de la Kératite interstitielle diffuse. *Bull. Soc. franç. opht.*, V. *Cong. d'opht.*, 1887.
- Ein Fall von keratitis parenchymatosa beim Hund als Beitrag zur Etiologie. *Zeitschr. für Vergleichende-Augenheilk.*, octobre 1888.
- HASNER. — *Klinische Vorträge*, 1865.
- VON HIPPEL. — Ueber keratitis parenchymatosa. *con. Graefe's arch. für opht.*, 1896, XLII, f. 2, p. 194, 327.
- VON HIPPEL jun. — Soc. opht. all. 29^e cong. 5 et 7 août 1898. *In klin. Monatsbl.*, 1898.
- HIRSCHBERG. — Ueber specifische Hornhaut-Entzündung. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1880, n° 25-26.
- Die Hornhautentzündung bei angeborener Lues. *Centralbl. für prak. Augenheilk.*, juillet 1889.
- HOCHSINGER. — Die Schicksale der congenital syphilitis. *Kinder. Wiener med. Wochenschr.*, 1889, n° 46.
- HOCK. — Ueber den Zusammenhang der Keratitis interstitialis mit der iritis specifica. *Wien. med. Press.*, 1881. XXII, p. 293, 295, 360, 1657, 1661.
- Die syph. Augenkrankh. *Wiener klinik*, 1876.
- HOFFMANN. — Studien über Hornhaut-Entzündung. *Fortsch. der med.* sept. 1887.
- HORNER. — Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten. Bd. V. 2.
- HUTCHINSON. — Clinical memorial on certain diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis, 1853.
- On the different forms of inflammation of the eye consequent of inherited syphilis. *Opht. hosp. Reports*, 1857. 1858, 1859.
- Diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis, 1863, et traduction française par Hermet, 1889.

- Keratitis in inherited syphilis. *Opht. hosp. Rep.*, 1870, p. 46.
- JANOT. — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'ovaire et de l'utérus. *Thèse*, Montpellier, 1892.
- JAKOLEWNA. — *Thèse*, Zurich, 1873.
- JAVAL. — Kératite chez les Paludéens. *Bull. soc. d'opht.*, 1887.
C. R. in *arch. d'opht.* VII, p. 250 et 251.
- JOCQS. — Kératite sympathique. *Soc. d'opht.* Paris, 5 mars 1895.
- Le zona fruste de la cornée. *Clin. opht.*, 1896.
- KALT. — Altérations oculaires consécutives aux névralgies de la cinquième paire. *Ann. d'ocul.* CXXVI, 1901, p. 268.
- KIPP. — Malarial keratitis. *American opht. soc.*, juillet 1889.
C. R. in *opht. Review*, sept. 1889.
- KIRMISSON. — Kératite d'Hutchinson. *Rev. de chir.*, 1884, n°9.
- KOCH. — Périodische Augenentzündung. *Zeitschr. für vergleichende Augenheilk.* VI, 2 juillet 1889.
- KÆNIG. — Kératite récidivante et menstruation. *Congr. franc. d'opht.*, 1897.
- KÆNIGSTEIN. — Kératite maculeuse. *Soc. imp. et roy des med. de Vienne*, 18 octobre 1889.
- KOHLER. — De la tuberculose oculaire. *Thèse*, Paris, 1892.
- KÆSTER. — Un cas de zona ophtalmique avec kératite interstitielle sans lésions épithéliales. *Ann. d'ocul.*, 1900, p. 96.
- KOURITZINE. — Un cas de nécrose partielle des deux cornées à la suite d'un fort refroidissement. *Rev. d'opht. russe*, mai, juin, 1888.
- KUHNT. — Du traitement des kératites et en particulier du traitement chirurgical. *Thèse*, Paris, 1889.
- LACOMBE. — De la kératite interstitielle dans la syphilis acquise. *Thèse*, Paris, 1879.
- LAFFITE. — De la kératite parenchymateuse. *Thèse*, Paris, 1879.
- LAGRANGE. — Deux observations de kératite interstitielle trai-

- tées par des injections sous-conj. de sublimé. *Rec. d'opht.* 1892, p. 522.
- LANDOLT et DE WECKER. — *Traité complet d'opht.*, 1886.
- LANG and WOOD. — An examination of the patellar tendinous reflex in sixty two cases of interstitial Keratitis *opht. Hosp. reports*, déc. 1889.
- DE LAPERSONNE. — Maladies des paupières et des membranes externes de l'œil *Encycl. Sc. Leauté*, Paris, Gauthier-Villars et Masson.
- LAVERGNE. — Etude étiologique de la kératite interstitielle. *Thèse*, Paris, 1887.
- LE DAUPHIN. — De la kératite interstitielle. *Thèse*. Paris. 1875.
- LEGAL. — Kératite interstitielle et kératites interstitielles. *Thèse*. Bordeaux, 1902-1903.
- LEGENTIL. — Kératite interstitielle et surdité. *Thèse*. Paris, 1902.
- LELEU. — La kératite interstitielle. *Thèse*, Paris, 1883.
- LEPLAT. — De l'origine syphilitique de la keratite parenchymateuse. *Ann. d'ocul.*, 1883, XCII, p. 145.
- LEPRINCE. — Affections cornéennes d'origine palustre. *Ann. d'ocul.*, 1901, I, p. 355.
- LEVINSON. — Contribution à l'étude de la kératite parenchymateuse *Wjestnik opht.* mars. avril 1900, p. 152-177. Analysé par Eliasberg. in *Arch. opht.*, 1901, p. 425.
- LEWKOWITSCH. — Zwei Fälle von interstitiellen Keratitis. *Klin. Monatsbl.*, 1822, janv., p. 12-14.
- LOUKAÏTIS. — De la kératite parenchymateuse et en particulier de sa pathogénie et de son traitement. *Thèse*, Paris, 1892.
- MACKENZIE. — *Traité pratique des maladies des yeux*. 1841, Trad. Laugier, p. 360; Trad. Warlomont et Testelin, p. 1897 et suivantes.
- MAITLAND-RAMSAY. — *British medical journ.*, 1893.

- MENDEL. — En cas de kératite interstitielle dans la syphilis acquise. *Centralbl. fur. prak. Augenheil.* Janv. 1901.
- MILLÉE. — *France médicale*, 1895.
- MONOJI-KAKO. — La kératite parenchymateuse chez les mam-mifères. *Klin. Monatsbl. für Augen*, mai 1902, p. 406.
- MONPHOUS. — Kératite syphilitique acquise grave. *Clin opht.* 1897, p. 54.
- MOOREN. — *Ophth. Beobachtung*, 1867.
- Troubles oculaires dans les affections de l'utérus. *Arch für Augenheilk*, 8 août 1881.
- MORAX. — *Soc. franç. d'opht.*, fév. 1903.
- MUETZE. — Un cas de kératite parenchymateuse double d'ori-gine herédo-syphilitique tardive avec forte diminution pas-sagère de la tension et du volume de l'œil droit. *Arch. für Augenheilk*, XXXIII et *Arch. of opht.*, XXVI, n° 2, 1897.
- NESMANOFF. — Contribution à l'étude des opacités cornéennes progressives non inflammatoires *Wiestnik opht.*, juillet-2 octobre 1900, p. 335-355. Anal. par Eliasberg. *Arch. d'opht.*, XXI, 1901, p. 792.
- NOBLOT. — Essai sur les affections oculaires liées à la mens-truation. *Thèse, Bordeaux*, 1888-1889.
- NORRIS AND OLIVER. — *System of the diseases of the eye*, art. de Nüel, IX, p. 227.
- OURSEL. — Contribution à l'étude des affections oculaires dans les troubles de la menstruation. *Thèse, Paris*, 1885.
- OTTONI. — Notassobrecasos desyphilis ocular. *Rio de Janeiro*. 1889.
- PANAS. — Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédo-syphilitique. *Soc. de chir.*, 1871, 15 et 22^e nov. et *Gaz. des Hôp.* nos 139, 140 et 141, 1871.
- *Leçons sur les kératites*, 1884.
- Considérations sur la nature et le traitement de la kératite interstitielle diffuse, X, *Arch. d'opht.*, 1881, I, p. 577.
- Rhumatisme oculaire, *Union méd.* 1884, 20 avril n° 57.

- *Traité des maladies des yeux*, 1894, T. I.
- Rapports sur le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires *Congr. d'opht.*, Paris, 1897. *Arch. d'opht.*, XVII.
- PANAS et VASSAUX. — Etude expérimentale sur la tuberculose de la cornée, 1885. *Arch. opht.*, V, p. 193.
- PARGOIRE. — De la menstruation en pathologie oculaire, 1892. *Thèse*, Paris.
- PARINAUD. — La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire. *Arch. gén. de méd.*, 1883, II, p. 521.
- Sur les affections rhumatismales de l'œil. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, p. 122.
- PAUKSTAT. — Contribution à l'étude de la kératite annulaire. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, décembre 1901.
- PETERS. — *Ophthalm. Klin.*, 1898, n° 20.
- PFISTER. — Hundert und dreiszig Fälle von Keratitis interstitialis diffusa inclusive fünf Fälle von Keratitis interstitialis centralis annularis nach Vossius. *Klin. Monatsbl. für. Augenheilk.*, mars 1890.
- PFLUGER. — Kératite chez les animaux. *Soc. d'opht. Heidelberg*, 8 août 1896.
- PIÉCHAUD. — Kératite parenchymateuse. *Gaz. des hôp.*, 1876.
- PIGNOD. — Troubles oculaires de la femme coïncidant avec la ménopause, 1900. *Thèse*, Lyon.
- PINCUS. — Infiltration sanguine de la cornée. *Assoc. Sc. med. de Posen*, septembre-octobre 1896. *Ann. d'ocul.*, CXVII, p. 393.
- PONCET. — Kératite chez les paludéens. *Bull. Soc. d'opht.*, 1887. C. R. in *Arch. d'oph.* VII, p. 250 et 251.
- PUECH. — De l'influence de l'établissement de la menstruation, etc. *Arch. d'opht.*, IX, 1889, p. 410.
- Importance de l'examen oculaire dans les arthropathies. *Arch. d'opht.*, XXI, 1901, p. 701.
- RACHET. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la cornée. *Thèse*, Paris, 1887.

- RAMPOLDI. — Un nuovo case di transitoria meccanica infiltrazione linfatica nella cornea. *Ann. di ottalm.*, XIII, 1884, f. I, p. 70.
- Demonstrazione clinica della irrigazione lymphatica sotto epithéliale anteriore della cornea umana. *Ann. di ottalm.*, XII, 1884, p. 386.
- RAUSOHOFF. — Periodische wiederkehrende Hornhauter-Krankung. im Zusammenhange mit Störungen des Allgemein befinders. *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, juin 1889.
- RAYNAUD. — Troubles oculaires de la malaria. *Thèse*, Paris, 1892.
- REDARD. — Rapports entre les affections dentaires et certains troubles oculaires. *Rev. clin. d'ocul.*, 1885, n° 5, p. 102.
- ROCHON-DUVIGNEAUD et GLEY. — Contribution à l'étude des troubles trophiques chez les chiens thyroïdectomisés. *Arch. de phys.*, 1894.
- ROQUES. — Kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme. *Thèse*, Bordeaux, 1901-1902.
- ROYAT et ALVAREZ. — Observation clinique du bacille de la tuberculose dans la cornée. *Rev. clin. d'ocul.*, 1885, p. 185.
- SCHFFELS. — Soc. opht. allem.. 29^e congrès. Analyse in *Klin. Monatsbl. für Augenheilk.*, 1898.
- SCHULTZE. — Tuberculose Iritis mit Keratitis parenchyma. *Arch. für Augenheilk.* Bd. XXXIII, 1896.
- SÉDAN. — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle. *Rec. d'opht.*, 1887, p. 578.
- SICHEL. — Traité de l'ophtalmie, 1837, p. 61.
- SILEX. — Pathognom. Kennzeichen der congenit. Lues. *Berl. Klin. Wochensch.*, 1896, n° 7.
- SÆMISCH. — Græfe Sæmisch. *Handbuch der Augenheilkunde*, p. 368, 1875.
- SOUS. — *Soc. méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1895.
- SPÉVILLE (DE). — Rapport sur un travail du docteur Trantas :

- Deux cas de kératite interstitielle n'ayant pas comme cause la syphilis héréditaire. *Soc. d'opht. Paris*, 1895. *Rec. d'opht.*, 1895, p. 545.
- STERN. — Un cas de kératite parenchymateuse. *Zchender's Klin. Monatsbl.*, janvier 1897.
- STOCK. — Recherches anatomiques sur un cas de kératite interstitielle par syphilis héréditaire. *Soc. opht. all. de Heidelberg*, août 1902. C.-R. in *Klin. Monastbl. für Angen.*, 1902.
- SULZER. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique. *Ann. d'ocul.*, 1898, CXIX.
- SYMONS. — Corneal changes in acquired syphilis. *Opht. Soc. United Kingdom*: 1886.
- TERSON. — Article « Œil » du *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet.
— *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, janvier 1899.
- TERSON et GLEY. — C.-R. *Soc. de Biol.*, 1894.
- TERRIEN. — De la kératite parenchymateuse comme manifestation primitive du zona ophtalmologique. *Arch. d'opht.*, 1900, XX, p. 448.
- Kératite interstitielle d'origine toxique. *Soc. franç. d'opht.*, février 1903.
- THOMALLA. — Ueber die Färbung der erkrankten Hornhaut mit Fluorescein und der Verwerthung dieser Färbung bei Stellung von Diagnosen und differential Diagnosen. *Centr. für prakt. Augenheilk.*, novembre-décembre 1889.
- TOUPET. — Du rhumatisme oculaire. *Gaz. méd. de Paris*, 1884, n° 41.
- TRANTAS. — *Arch. d'opht.*, 1895, XV, p. 696.
- TROUSSEAU. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire tardive. *Bull. Hosp. des Quinze-Vingts*, 1886, p. 126.
- Sur l'étiologie de la kératite interstitielle. *Ann. d'ocul.*, XCVII, 1887.
- La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. *Ann. d'ocul.* CXIV, p. 206.

- *Presse médicale*, 1897.
- TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 1897.
- VALUDE. — Syphilis héréditaire oculaire éveillée par un traumatisme. *France méd.*, 20 mars 1891.
- La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. *Ann d'ocul.*, 1897, CXVII, p. 40.
- *Soc. franç. d'opht.*, janvier 1899.
- VELARDI. — Della cheratite intestiziale per sifilide ereditoria. *Boll. d'ocul.*, 1880, II, p. 305.
- VOSSIUS. — Ueber die centrale parenchymatose ringförmige Hornhaut Entzündung Keratitis interstitialis centralis annularis. *Berlin Klin. Wochenschr.*, 1885, n° 43.
- WATSON. — Kératite avec synovite rhumatismale. *Brit. med. Journ.*, 29 mai 1870.
- WECKER (DE) et LANDOLT. — *Traité complet d'opht.*, 1896.
- WICHERKIEWICZ. — Sur quelques formes rares de kératites syphilitiques. *Ann. d'ocul.*, 1900, I, p. 344.
- ZIMMERMANN. — Kératite parenchymateuse tuberculeuse. *Von Graefe's Archiv. für Augenheilk.* Bd XLI, f. 1, pp. 215-234.
- Remarques sur le cas d'iritis tuberculeuse et de kératite parenchymateuse publié par Schultze. *Von Graefe's Archiv. für Augenheilk.*, XLIV, 1897.

